# ÉTUDE

SUR UNE

# AFFECTION DE LA PEAU

DÉCRITE SOUS LE NOM DE

## MYCOSIS FONGOÏDE

**(Lymphadénie cutanée).**

PAR


LE Dr XAV. GILLOT

INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ BOTANIQUE DE FRANCE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ÉDUENNE.





PARIS

LOUIS LECLERC, LIBRAIRE-ÉDITEUR

14, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1869

A mon collègue Quinquaud
interne des hôpitaux

# ÉTUDE

SUR UNE

# AFFECTION DE LA PEAU

DÉCRITE SOUS LE NOM DE

## MYCOSIS FONGOÏDE

**(Lymphadénie cutanée).**


PAR

LE D^r^ XAV. GILLOT

INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ BOTANIQUE DE FRANCE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ÉDUENNE.



PARIS

LOUIS LECLERC, LIBRAIRE-ÉDITEUR

14, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1868

# ÉTUDE

SUR UNE

# AFFECTION DE LA PEAU

DÉCRITE SOUS LE NOM DE

## MYCOSIS FONGOÏDE

(Lymphadénie cutanée).



## INTRODUCTION

Les travaux nombreux et approfondis dont les maladies de la peau ont été l'objet, depuis un demi-siècle surtout, ont en grande partie dissipé l'obscurité qui les enveloppait. La plupart d'entre elles ont été parfaitement définies dans leurs symptômes, rapportées à leurs vraies causes, et déterminées dans leur nature. Les unes sont restées des affections accidentelles, purement locales, constituant par elles-mêmes toute la maladie ; les autres ont été rattachées à des maladies générales, constitutionnelles ou diathésiques, dont elles ne sont que les manifestations cutanées. Mais il reste un certain nombre de ces affections, dont la description plus ou moins complète se trouve disséminée dans les traités spéciaux, mais dont la nature est inconnue, et l'étude encore à faire. Lors donc qu'elles se présentent à l'observation du médecin,

c'est un devoir pour lui de se livrer à leur étude, et de ne rien négliger pour s'éclairer sur leurs caractères, et leur assigner une place dans le cadre de la pathologie.

Nous avons été assez heureux pour rencontrer, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre excellent maître M. le D[r] Hillairet, un de ces cas rares et curieux, et c'est à son occasion que nous avons entrepris ce travail. La femme dont nous publions l'observation longuement détaillée, était atteinte d'une affection tuberculeuse généralisée de la peau, d'une apparence toute spéciale, et qui fut rapportée à la maladie décrite par Alibert, et après lui par M. Bazin, sous le nom de *Mycosis fongoïde.*

*Historique.* — Notre exposé historique et bibliographique sera court, les matériaux relatifs à l'histoire de cette maladie étant fort peu abondants. Alibert (1) rangea à la suite de ses *Dermatoses véroleuses* un groupe d'affections cutanées tuberculeuses, ayant pour caractère commun de produire des excroissances fongueuses suivies d'ulcérations; ce groupe mal défini renferme trois espèces : 1° *Mycosis frambœsioïdes*, 2° *M. Fongoïdes,* 3° *M. Syphiloïdes.* Nous verrons, en discutant l'opinion d'Alibert, que si deux de ces espèces peuvent être rattachées à la syphilis, le mycosis fongoïde doit en être séparé; nous rechercherons également si l'on doit en reconnaître la description dans le *mal d'Amboyne* de Bontius, cité par Alibert. M. Bazin,

(1) Monographie des dermatoses, t. II, p. 413; Paris, 1832.

qui avait pu observer un certain nombre de cas analogues à celui d'Alibert, décrivit plus complétement le mycosis fongoïde; mais n'en ayant pas reconnu la nature, il ne sut où le classer, et créa une *diathèse fongoïdique*, dans laquelle il le fit rentrer (1). Plus tard, en ayant vu de nouveaux exemples, il chercha à les rapprocher de la lèpre, et proposa même le nom de *lèpre indigène*. Cette opinion fut défendue par un de ses élèves distingués, M. Guérard, dans une brochure sur le mycosis fongoïde généralisé (2), dont il publia deux observations. On trouve çà et là dans les autres traités de dermatologie l'indication de certaines maladies tuberculeuses de la peau, qui n'ont point été suffisamment étudiées, et qu'il convient vraisemblablement de rapporter au mycosis. Biett et ses élèves (3), Gibert (4), Rayer (5), Devergie (6), ont parlé du mycosis fongoïde d'Alibert, et en ont fait une variété de *molluscum*, réunissant, avec Battemann, sous cette dernière dénomination des productions tuberculeuses de la peau, de nature très-différente et d'origine très-obscure, du propre aveu de ces auteurs. Dans son

(1) Bazin, Leçons théor. et clin. sur les affections cutanées artificielles, p. 372; Paris, 1862.

(2) Guérard, Du Mycosis fongoïde généralisé, des rapports qu'offre cette affection avec l'éléphantiasis des Grecs; Paris, 1863. Broch. in-8°, 24 p.

(3) A. Cazenave et Schedel, Abrégé prat. des malad. de la peau, d'après les leçons de Biett, p. 385; Paris, 1838.

(4) Traité prat. des malad. de la peau et de la syph., 3e édit., t. I, p. 551; 1860.

(5) Traité théor. et prat. des malad. de la peau, 2e édit., t. I; 1835.

(6) Traité prat. des malad. de la peau, 2e édit., 1857, p. 792.

*Traité des tumeurs*, Virchow parle du mycosis fongoïde (1); il rapporte une observation, qui a bien de l'analogie avec cette affection, mais la concision de cet article, et l'insuffisance de l'examen histologique dû à Kœbner (2), nous empêchent d'en tenir compte. M. le professeur Hardy, que nous avons entendu nous-même exposer son opinion à l'hôpital Saint-Louis, à propos de notre malade, regarde le mycosis fongoïde comme une dartre dégénérée, et la fait rentrer dans ce qu'il a décrit sous le nom de *lichen hypertrophique* (3).

C'est donc principalement avec les faits publiés par MM. Bazin et Guérard, et avec celui qui nous est personnel, que nous allons faire l'histoire du mycosis. Bien que notre observation soit la seule dans laquelle un examen micrographique complet ait permis de déterminer la nature anatomique de la maladie, nous n'hésitons pas à y joindre celles des auteurs que nous venons de citer : leur analogie au point de vue clinique est des plus manifestes. Du reste, M. Bazin, dont la science en dermatologie est incontestée, a lui-même reconnu l'identité parfaite des lésions de notre malade avec celles qu'il avait déjà vues et décrites jus-

(1) Virchow, Pathologie des tumeurs, trad. par P. Aronssohn, t. II, p. 528.

(2) Klinische und experimentelle Wittheilungen aus der Dermatologie und syphilidologie; Erlang., 1864, p. 40. (Communications clin. et expériment. sur la dermatologie et la syphilidologie). Cité par Virchow.

(3) Hardy, Leçons sur les affect. cutan. dartr., professées à l'hôpital Saint-Louis en 1861, rédigées par Pihan-Dufeillay. p. 92; Paris, 1862.

qu'alors sous le nom de mycosis : plusieurs de ses anciens élèves ont également confirmé cette assertion.

*Étymologie.* — Par le mot de *mycosis* (μύκης, *fungus*, champignon), Alibert voulait faire saisir immédiatement le caractère mollasse, fongueux des tumeurs qu'il rangeait sous ce titre; l'épithète de *fongoïde* n'est en réalité qu'une redondance inutile, mais qui servait à distinger l'une des espèces créées par Alibert. Tant que la nature de l'affection resta inconnue, le mot de mycosis était excellent par cela même qu'il ne préjugeait rien; aussi fut-il gardé par M. Bazin, et cité par les autres auteurs. Mais aujourd'hui que nous sommes édifiés sur la structure des tumeurs du mycosis, que nous avons pu le rattacher à un groupe nosologique récemment étudié, la *lymphadénie* (leucocythémie et adénie), comme nous espérons parvenir à le démontrer dans ce travail, n'aurions-nous pas dû abandonner le nom de *mycosis fongoïde*, et le remplacer par une dénomination plus en rapport avec les exigences de la science moderne (*tumeurs adénoïdes, lymphadénomes de la peau, lymphadénie cutanée*)? Nous n'avons pas cru devoir faire cette innovation dans un travail destiné précisément à rechercher et à déterminer la nature véritable du mycosis; et nous avons gardé provisoirement le mot sanctionné par les imposantes autorités d'Alibert, de M. Bazin, etc.

*Division.* — Nous suivrons, dans l'exposé de cette étude, la marche qui nous a dirigé nous-même dans

l'examen des faits, et nous a conduit à une opinion définitive. Après avoir décrit les symptômes et l'évolution de la maladie, nous examinerons les conditions dans lesquelles elle se développe, ses causes appréciables; nous demanderons à l'anatomie pathologique des renseignements sur la structure des produits morbides et leur pathogénie; nous établirons le diagnostic du mycosis et des autres affections de la peau avec lesquelles on pourrait le confondre : à l'aide de toutes les données positives que nous aurons pu recueillir sur notre route, nous passerons en revue et discuterons d'une façon libre et consciencieuse les théories émises par les auteurs qui nous ont précédé, et nous terminerons enfin en exposant l'opinion à laquelle nous nous sommes arrêté. Ce sera matière à autant de chapitres différents.

Plus que personne nous sommes convaincu des difficultés que présente un pareil sujet, et pénétré de notre insuffisance à le traiter. Nous espérons que ces difficultés mêmes pourront servir, aux yeux de nos juges, d'excuse au peu de mérite de ce travail. On trouvera peut-être prématurées les vues que nous avons émises, à la fin de notre étude, sur des questions de pathologie encore bien obscures, et les conclusions que nous avons adoptées. Nous avons cru néanmoins que la conviction, qui s'est imposée à notre esprit, nous faisait un devoir de les défendre : nous nous estimerions trop heureux si quelques-unes de ces conclusions étaient accueillies favorablement, et si nous pouvions ainsi apporter quelques matériaux utiles à l'édifice scientifique si laborieusement et si

brillamment réédifié par nos maîtres, sur les bases de l'observation et de la science positive.

---

## CHAPITRE PREMIER.

### SYMPTÔMES ET MARCHE DE LA MALADIE.

La maladie décrite sous le nom de *mycosis fongoïde* se traduit par une série d'affections cutanées, qui se développent successivement à différentes périodes, se substituent les unes aux autres, et forment les symptômes du mal singulier qui nous occupe. Ces affections cutanées s'accompagnent de manifestations morbides portant sur d'autres systèmes organiques, et de symptômes généraux. Nous allons les passer en revue, en nous attachant à en donner une description aussi exacte que possible : après ce travail analytique, nous pourrons tracer le tableau synthétique et rapide de la maladie dans son ensemble, et en faire saisir plus facilement la marche.

### Art. 1er. — *Symptômes locaux ou cutanés.*

Les manifestations cutanées du mycosis fongoïde se présentent sous plusieurs aspects différents, suivant l'époque de la maladie. Il ne faut rien moins que l'étude suivie de leur évolution pour les rattacher à la même cause, à la même entité morbide. Nous insisterons plus tard sur ce point.

On peut les diviser en deux groupes : le premier

renferme les symptômes cutanés du début de la maladie, et se traduit par des éruptions obscures, dont les caractères peu tranchés et communs à d'autres affections en font le plus souvent méconnaître la nature, dans les premiers temps du moins; le second groupe est formé par des tumeurs, des excroissances caractéristiques, qui appartiennent en propre au mycosis, et ont une grande tendance à s'ulcérer. Nous aurons donc à décrire successivement : A. les *taches congestives* du début; B. les *plaques lichénoïdes* qui leur succèdent; C. les *tumeurs fongoïdes* ; D. leurs *ulcérations* et leurs *cicatrices*.

A. *Taches congestives.* — Elles constituent les premiers symptômes du côté de la peau ; au milieu d'une bonne santé, du moins apparente, surviennent tout d'abord au tronc (obs. 1, 5), ou sur les membres inférieurs (obs. 4), de petites taches arrondies, ou irrégulières, disséminées, sans saillie, très-rouges, et qui sont le siége de picotements. Ces taches se multiplient, deviennent confluentes sur certains points, mais ont toujours pour caractères un état congestif très-prononcé de la peau, et une sécheresse remarquable de leur surface. Leur aspect est assez caractéristique pour qu'à plusieurs reprises M. Bazin ait pu affirmer, à leur simple vue, qu'on avait affaire à un mycosis, diagnostic qui s'est justifié sous les yeux de plusieurs de ses élèves. Ces taches peuvent devenir légèrement saillantes; mais au bout d'un certain temps, elles disparaissent sans laisser de traces; d'autres leur succèdent. Il résulte des observations que cette éruption, à mesure qu'elle progresse, s'accom-

pagne de démangeaisons plus ou moins vives (obs. 1, 3, 4, 5) : les malades se grattent parfois violemment, et, sous l'influence de ce grattage, les surfaces malades peuvent s'excorier, suinter, et même se recouvrir de croûtes molles; elles ont alors une assez grande ressemblance avec un eczéma. La malade que nous avons observée avait présenté de ces surfaces eczémateuses suintantes, mais qui reconnaissaient pour origine un grattage énergique, comme le prouvaient de nombreuses papules de prurigo écorchées, et les traces des ongles qui sillonnaient la peau, dans le voisinage de la partie malade. Quand les taches congestives ont existé pendant quelque temps, ou quand elles ont été irritées, comme nous venons de le voir, elles se recouvrent de squames fines, et revêtent l'aspect d'un pityriasis ou plutôt d'un eczéma à la période de dessication.

Ces taches congestives persistent pendant fort longtemps : disparaissant complétement sur certains points, dans lesquels la peau reprend tout à fait son aspect normal, elles reparaissent sur d'autres parties de la surface tégumentaire jusque-là épargnées. Parfois l'affection paraît presque entièrement guérie, mais, dans ces cas même, il reste toujours quelques endroits malades, et, au bout d'une période stationnaire plus ou moins longue, de nouvelles régions sont envahies. (obs. 1, 3, 4, 5.) C'est le plus souvent pendant l'hiver que se produisent ces améliorations trompeuses, et le printemps provoque le retour des accidents. Après plusieurs poussées, les taches deviennent de plus en plus saillantes, la peau tend à s'altérer, s'épaissit,

devient rugueuse, et enfin prend une apparence lichénoïde.

B. *Plaques lichénoïdes.* — Elles succèdent aux précédentes modifiées *in situ*, ou naissent sur des parties de la peau encore indemnes ; mais elles n'apparaissent pas ordinairement dès le début de la maladie. C'est après un laps de temps assez considérable, de plusieurs mois, plusieurs années même, qu'elles se produisent. Elles se montrent sur toute la surface du corps, mais principalement au tronc et à la face. Elles sont ordinairement peu étendues, parfaitement circonscrites ; le plus souvent elles forment des plaques arrondies, ovalaires ou en demi-cercle, de 2 à 3 centimètres de diamètre ; elles s'étendent quelquefois sous forme de bandes (obs. 3) ; d'autres fois, elles se réunissent en se généralisant et couvrent une étendue considérable du tégument externe (obs. 4). Leur coloration est d'un rouge sombre ; elles présentent une saillie prononcée à la surface de la peau ; elles paraissent formées par un épaississement et une induration de tout le derme, qui a perdu sa souplesse. Elles sont très-rugueuses au toucher, présentant de petites aspérités, des fissures ; les plis cutanés ont disparu à leur surface, qui est presque toujours recouverte de squames blanches, très-sèches, très-adhérentes, rarement de croûtes. Plusieurs de ces plaques lichénoïdes, affectant une forme demi-circinée, avec leur coloration presque cuivrée et leurs squames, nous ont offert un aspect qui se rapprochait de celui de certaines syphilides (obs. 1).

Les plaques lichénoïdes sont le siége d'un prurit vif pendant leur période de développement; mais il nous a paru qu'une fois arrivées à leur période d'état, pour ainsi dire, le prurit diminuait, mais ce fait n'est pas constant. Nous n'avons jamais trouvé d'anesthésie à leur niveau; cependant sur quelques-unes la sensibilité semblait émoussée.

Comme les taches congestives, les plaques lichénoïdes apparaissent successivement sur différents points; après être restées stationnaires pendant un certain temps, elles peuvent s'affaisser et disparaître complétement sans laisser de traces (obs. 1, 5).

C. *Tumeurs fongoïdes.* — C'est la principale lésion cutanée du mycosis fongoïde. Constamment précédée par les manifestations décrites plus haut, ce n'est jamais que plusieurs années après le début de la maladie qu'elles surviennent; mais alors elles prennent une rapide extension; il semble que la peau se prépare lentement à leur production et n'arrive que par degrés successifs à se laisser envahir par le tissu morbide qui les constitue.

Ces tumeurs surgissent sur tous les points de la surface tégumentaire, mais cependant il est des régions qu'elles semblent occuper de préférence et où elles acquièrent leur maximum de développement : en première ligne, le tronc (obs. 1, 3) et les membres inférieurs (obs. 4); elles affectent surtout la partie antérieure du tronc et la face interne des membres. Se montrent-elles dans les endroits qui ont déjà été malades antérieurement, ou bien peuvent-elles prendre

naissance sur des points de la peau jusque-là exempts de toute lésion? C'est ce qu'il nous est difficile d'établir. Les sujets atteints de cette rare affection n'ont pas été suivis assez exactement et pendant assez longtemps pour qu'on ait pu déterminer ce fait de l'évolution des excroissances fongoïdes. Cependant nous avons pu constater, comme l'avait déjà fait M. Guérard (obs. 5), que les tumeurs fongoïdes se montrent tantôt sur des plaques lichénoïdes, tantôt dans leur intervalle. Mais en réfléchissant à la disparition complète de ces plaques et à l'absence de toute trace de leur existence antérieure, on comprendra qu'il soit impossible d'affirmer que les points de la peau, où se montrent les tumeurs, n'ont pas déjà été malades auparavant.

Ces productions fongoïdes varient beaucoup dans leur nombre, leur volume, leur forme et leur disposition. D'abord limitées à quelques points de la surface cutanée, elles apparaissent rapidement dans d'autres régions et finissent bientôt par pulluler. On en trouve alors de toutes les dimensions. Le plus grand nombre offrent la grosseur d'une simple verrue, d'un pois ou d'une baie de genièvre (Alibert), ou d'une grosse noisette (obs. 1); les plus volumineuses ont les dimensions d'une noix. Lorsque les excroissances atteignent le volume d'un œuf de poule, ou le dépassent (obs. 1, 5), elles sont alors formées par la fusion, la coalescence de plusieurs tumeurs confondues par leur base, et présentent à leur surface des dépressions, indices de leur origine multiple. C'est dans ce cas que l'on reconnaît la justesse de la comparaison qu'en a

faite Alibert avec les morilles ou les fruits du *solanum lycopersicum* (tomates), dont elles rappellent également parfois la couleur (1). Dans notre observation, toutes les tumeurs de cette dimension étaient ulcérées.

Leur forme est le plus ordinairement orbiculaire, hémisphérique, quelquefois allongée, ovoïde; les plus considérables constituées, nous l'avons dit, par l'aggrégation de plusieurs tumeurs voisines, offrent une forme irrégulière. Nous devons signaler la façon brusque dont elles font saillie au-dessus de la peau; dans le cas de la femme Battet (obs. 1), aucune tumeur ne se continuait par une transition graduelle avec le tégument voisin; toutes étaient parfaitement nettes, saillantes presque à pic, quelle que soit la largeur de leur base d'implantation; aucune cependant n'était pédiculée.

Leur coloration varie du blanc rosé au rouge violacé, suivant les cas : d'une façon générale, elle est rougeâtre. Il est probable que cette coloration doit changer et se prononcer davantage dans les poussées aiguës et prendre alors la couleur de tomate, signalée par Alibert et M. Bazin. Dans certaines circonstances, ces tumeurs sont frappées de sphacèle et présentent une teinte d'un noir violacé, indiquée par Alibert, et que nous avons également observée. La peau qui les recouvre est lisse, comme vernissée, tendue, sans augmentation de vascularisation apparente. Les tumeurs fongoïdes nous ont offert, chez la femme Battet, une apparence demi-gélatineuse, comme œdé-

(1) Alibert, loc. cit., p. 423. — Bazin, loc. cit., p. 374.

mateuse, mais la pression au doigt ne laissait aucune empreinte justifiant cette illusion.

En effet, la consistance des productions mycositiques est ferme, élastique, quelquefois même d'une dureté presque fibreuse (Guérard). Les plus volumineuses sont rénitentes, et quand elles sont sur le point de s'ulcérer, offrent à leur centre une mollesse qui ferait croire à un ramollissement de leur substance. Cette consistance particulière rapprochée de la forme des excroissances, de leur accroissement rapide, leur donne un aspect spécial, qui n'est pas sans analogie avec celui de certains champignons, et qu'on a pour cela même caractérisé par le mot de *fongoïde* (Alibert, Bazin).

La sensibilité est un peu émoussée à leur surface. M. Bazin aurait même constaté de l'anesthésie très-prononcée ; quant à nous, nous les avons toujours trouvées sensibles à la piqûre. Elles ne sont pas le siége de douleurs spontanées. Elles sont réparties très-irrégulièrement à la surface du corps : les unes solitaires, disséminées; les autres groupées sous forme d'énormes grosseurs multilobées; d'autres enfin rassemblées sur certains points, présentent une disposition différente : elles ne sont plus confondues en une seule masse, comme les précédentes, mais simplement juxtaposées, formant ainsi de larges plaques irrégulières ou des traînées en chapelet (obs. 1, 3). Elles sont séparées par des intervalles de peau saine, ou bien par des plaques congestives et lichénoïdes, plus ou moins prononcées.

Le siége anatomique des tumeurs fongoïdes est

uniquement cutané; elles occupent toute l'épaisseur de la peau, mais ne la dépassent pas : même au niveau des plus volumineuses, la peau est mobile, et en soulevant l'excroissance fongoïde, on sent que le tissu cellulaire sous-cutané est complétement libre. Nous verrons l'examen microscopique vérifier l'exactitude de ce fait. A leur surface, on ne constate aucune dépression centrale, aucun caractère qui puisse faire croire à leur développement dans un élément spécial de la peau, glandulaire par exemple.

Quelle est l'évolution de ces tumeurs? Nous avons pu l'observer très-complétement à l'hôpital Saint-Louis. Elles débutent par une induration très-circonscrite, formant dans l'épaisseur de la peau saine ou déjà malade un noyau, au niveau duquel la surface tégumentaire prend une coloration plus foncée. Puis la peau se soulève, se boursoufle, et la grosseur augmente progressivement; son accroissement est toujours assez lent. Parvenue à une certaine dimension, variable, comme nous l'avons dit, elle reste quelque temps stationnaire; et alors de deux choses l'une, ou bien la tumeur rétrocède ou bien elle s'ulcère.

La rétrocession des excroissances fongoïdes est un des faits les plus remarquables de l'histoire du mycosis. Nous l'avons déjà indiquée à propos des premières éruptions; M. Bazin l'a signalée depuis longtemps (1) : on la retrouve dans toutes les observations. Cette disparition momentanée des lésions

(1) Bazin, loc. cit., p. 376.

cutanées a fait croire à de fausses guérisons. Mais nulle part elle ne frappe plus l'observateur que lorsqu'elle se manifeste sur de volumineuses excroissances. On les voit alors diminuer rapidement de volume, s'affaisser, fondre, pour ainsi dire, sans que la peau se plisse à la surface, ni s'exfolie. En quelques semaines, en quelques jours, parfois une tumeur, du volume d'une noix, a disparu sans laisser de traces. Ce phénomène se reproduit en général à plusieurs reprises dans le cours de la maladie. Chez la femme Battet, nous en avons été témoin deux fois, et chaque fois il a coïncidé avec l'établissement d'une forte diarrhée.

D. *Ulcérations et cicatrices.* — Petites ou grosses, les tumeurs fongoïdes sont susceptibles de s'ulcérer : la plupart même se terminent ainsi. Il nous reste à décrire les caractères de ces ulcères. D'après Alibert, il se formerait à leur surface des ampoules, qui, en crevant, donneraient issue à un pus sanieux, et laisseraient une peau ridée (1). Mais ordinairement les ulcérations se produisent par une destruction lente, par une sorte de gangrène moléculaire, marchant du centre à la périphérie de la surface de la tumeur. M. Bazin (2) et M. Guérard (3) ont bien décrit le siége superficiel des ulcères, leur aspect blafard, la sanie ichoreuse d'une odeur spéciale qui s'en écoule. Dans l'observation de Nicolas Herbette, citée dans son

(1) Alibert, loc. cit., p. 426.
(2) Loc. cit., p. 376.
(3) Loc. cit., p. 7.

livre, M. Bazin signale la production de croûtes noirâtres, épaisses, à la surface des ulcères. M. Guérard, au contraire, note l'absence de croûtes bien caractérisées : nous n'en avons pas rencontré non plus chez notre malade (obs. 1); il est vrai que les pansements réguliers avaient dû en empêcher la formation.

Nous ne pouvons pas donner une meilleure idée de l'aspect et de la marche de l'ulcération dans le mycosis, qu'en citant un passage de notre observation : c'est, la malade sous les yeux, que nous avons décrit les lésions :

Sur les tumeurs isolées, il se forme à leur point culminant une petite perte de substance, qui s'agrandit rapidement, et devient un petit ulcère de un demi-centimètre à un centimètre de diamètre, très-régulièrement circulaire, taillé comme à l'emporte-pièce, à bords franchement à pic, rouges, sans décollement et sans induration calleuse. Cet ulcère est peu profond en général; le fond est recouvert d'une matière grisâtre, pultacée. Il y a une destruction moléculaire du tissu, une ulcération lente et progressive : cette marche s'explique très-bien par la dégénérescence du tissu lymphoïde qui constitue les tumeurs, comme nous le dirons plus bas. Sur les grosses tumeurs, les ulcérations deviennent énormes; leurs bords festonnés, irréguliers, prouvent manifestement qu'elles sont formées par la réunion d'un grand nombre d'ulcères primitifs devenus confluents; les bords sont également perpendiculaires et très-nets : le fond de ces vastes ulcérations est anfractueux, fongueux, couvert de pus; sur les plus étendues, la peau

entière est détruite, et la perte de substance a atteint le tissu cellulaire dont on voit les lambeaux grisâtres ou noirâtres, sphacelés, se détacher de la plaie; ils sont baignés dans un liquide sanieux très-abondant, et d'une odeur extrêmement fétide, particulière, différente de l'odeur du pus cancéreux. Dans ce cas, il y a un vrai sphacèle d'une partie de la tumeur; c'est alors que les tissus gangrénés, livides, macérés dans le pus, justifient la description d'Alibert: « Les progrès de la décomposition, dit-il, leur impriment successivement une couleur d'un noir verdâtre ou une teinte violacée sombre : on s'imagine voir des fruits se pourrir et se dénaturer sur chaque tige qui les supporte » (1).

Lorsque les tumeurs fongoïdes rétrocèdent et disparaissent sans s'ulcérer, elles ne laissent presque aucun vestige cicatriciel. Nous avons seulement constaté (ob. 1) qu'à la place des excroissances, complétement évanouies, la peau était amincie, dépigmentée, mais sans dépression, sans apparence vraiment cicatricielle. C'étaient plutôt des macules blanches, entourées d'une zone brunâtre, pigmentaire, qui les faisait légèrement ressortir; rapprochées les unes des autres, ces taches offraient par place un aspect marbré. Mais sur les points où avaient siégé des ulcérations profondes, il existait de vraies cicatrices déprimées, rétractées, de tissu inodulaire, comme il s'en forme partout où il y a eu réellement perte de substance.

(1) Alibert, loc. cit., p. 424.

Telles sont les lésions cutanées du mycosis; elles peuvent se généraliser à toute la surface tégumentaire, mais leur répartition est très-inégale, et à une période avancée de la maladie plusieurs d'entre elles existent simultanément. L'accumulation des tumeurs en certains points, les modifications accidentelles que leur imprime la structure de la peau dans les différentes régions, occasionnent parfois des difformités hideuses. C'est ainsi que, dans notre observation, les seins de la malade, déformés par les excroissances fongoïdes, entières ou ulcérées, par des cicatrices anciennes, étaient transformés en grosses tumeurs bosselées, irrégulières. A la face, il peut arriver que des tumeurs multiples hérissent le front, les joues, le nez, les oreilles et rendent le malade méconnaissable, et rappellent quelque peu l'aspect repoussant de la lèpre orientale; c'est du moins ce qu'a relaté M. Guérard (obs. 5). — Les mains peuvent également être le siége de tumeurs qui les déforment, mais qui restent cependant superficielles et n'occasionnent de gêne que par leur situation et leur volume (Guérard, obs. 5).

*Altérations des poils et des ongles.*—Dans une maladie où la peau est atteinte de lésions si nombreuses, il n'est pas étonnant que l'on rencontre des altérations des poils ou des ongles, ces organes étant de simples dépendances du système tégumentaire. On les trouve, en effet, notées dans les observations, et nous avons constaté nous-même les phénomènes suivants (obs. 1) : Les cheveux étaient clair semés par places, aux points qui correspondaient, au dire de la malade, à des tu-

meurs du cuir chevelu, disparues depuis plusieurs mois. Les aisselles et le pubis étaient complétement glabres, et la chute des poils s'était produite lors de l'envahissement de ces régions par les éruptions mycositiques. Il en était de même des sourcils, presque entièrement épilés; le droit était occupé en grande partie par une plaque lichénoïde. — Les ongles des deux mains, surtout de la gauche, étaient jaunes, cassants, amincis, déformés, et comme soulevés à leur extrémité par une production épidermique abondante de leur matrice.

### Art. II. — *Symptômes de voisinage.*

Sous ce titre, nous voulons parler de lésions importantes, que nous avons étudiées sur la malade du service de M. Hillairet : c'est, en première ligne, l'*augmentation de volume des ganglions lymphatiques*

Dans presque toutes les régions où les ganglions lymphatiques sont accessibles à l'exploration superficielle, ils étaient beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, formant des tumeurs plus ou moins grosses, plus ou moins profondes. Partout les altérations des ganglions paraissaient en rapport avec les lésions du tégument externe. Ainsi, aux deux aines existaient des tumeurs sous-cutanées, profondes, sur lesquelles glissait la peau : leur surface paraissait légèrement inégale, leur consistance très-élastique, donnant à leur centre une sensation presque kystique. Ces tumeurs jouissaient des mêmes propriétés de rétrocession que les excroissances cutanées: comme

elles, elles ont diminué rapidement de volume à une certaine époque, mais sans disparaître complétement. Sur l'une d'elles la peau présentait une perte de substance, mais il était facile de se convaincre que ce petit ulcère, exclusivement cutané, n'intéressait en rien le ganglion.

La palpation, rendue facile par la maigreur et la flaccidité des parois abdominales, décelait, dans les fosses iliaques, la présence de tumeurs profondes, bosselées, multiples, siégeant évidemment dans les ganglions pelviens. — Même développement des ganglions axillaires des deux côtés. A la partie antérieure et inférieure de l'aisselle gauche, était même un ulcère profond, sanieux, à bords décollés, plongeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui nous a semblé résulter de l'élimination complète d'un ganglion lymphatique. — Les ganglions cervicaux étaient les moins malades : on les sentait rouler sous les doigts, avec une légère augmentation de volume et de consistance; chez notre malade, la tête était au reste la région la moins affectée.

Ces hypertrophies ganglionnaires ont une grande importance dans l'histoire du mycosis. Tout d'abord, ce symptôme ne nous avait pas frappé : rien ne semblait plus naturel à expliquer par suite de l'irritation qu'avaient dû produire les lésions si répétées et si nombreuses de la peau. Mais en voyant les masses ganglionnaires rétrocéder à l'instar des tumeurs cutanées, nous avions soupçonné un rapport d'altération anatomique. L'examen histologique, en révélant la véritable nature du mycosis fongoïde, nous a donné

l'explication de ces phénomènes, comme on le verra plus loin.

Que deviennent, au point de vue symptomatique, les fonctions des glandes de la peau, englobées dans les plaques, les excroissances du mycosis, ou situées dans le voisinage? Nous sommes peu renseigné à cet égard. Sur les plaques lichénoïdes, la sécheresse des surfaces semble indiquer le défaut de sécrétion sudorale ou sébacée. Mais, sur les tumeurs fongoïdes elles-mêmes, nous avons parfaitement constaté l'orifice des glandes sudoripares, et la sortie de la sueur en gouttelettes, ce qui démontre le peu d'altération de ces organes.

M. Guérard (1) a observé chez un malade une lésion qui lui a paru siéger dans les glandes sébacées de l'aisselle, et qu'il a comparée à l'affection décrite par M. Bazin sous le nom d'*acné éléphantiasique*. Les aisselles de ce malade étaient hérissées de mamelons blanchâtres, ou blanc rougeâtre, très-nombreux, séparés par des sillons d'où sortait un fluide d'une odeur pénétrante (obs. 5).

Les manifestations principales du mycosis se passent donc du côté de la peau et du système lymphatique. Ce n'est que dans les cas d'ulcérations énormes, de sphacèle des tumeurs fongoïdes, que par suite d'une destruction complète de la peau, le tissu cellulaire peut être atteint. Mais, les muscles et les autres tissus sont respectés. Alibert, qui cherchait à rapprocher le mycosis fongoïde de la syphilis, s'é-

1) Loc. cit., p. 14.

tonne lui-même qu'avec des désordres extérieurs si horribles, on ne trouve rien de pareil aux exostoses, aux caries, aux ravages profonds de la syphilis (1).— Nous avons recherché si des lésions analogues à celles de la peau ne s'étaient point produites sur les muqueuses, et nous avons examiné en conséquence la muqueuse de la bouche, des organes génitaux, etc., sans y découvrir aucune altération, ni superficielle, ni profonde.

### Art. III. — *Symptômes généraux.*

Pendant longtemps, le mycosis fongoïde ne se traduit par aucun trouble fonctionnel important; ce n'est qu'à la dernière période que les symptômes généraux viennent révéler la perturbation complète de l'organisme; et, ce sont alors ceux de toutes les maladies cachectiques. Nous allons les passer rapidement en revue.

L'habitus extérieur se modifie: les malades maigrissent considérablement, et quand il s'établit une diarrhée abondante, l'émaciation devient extrême. — Dans la coloration de la peau, rien ne rappelle la teinte jaune paille des cancéreux, ni l'aspect terreux des phthisiques; la peau devient seulement d'un blanc mat, ou blanc jaunâtre; elle prend l'apparence presque cireuse, qu'on remarque chez les sujets atteints d'anémie grave et de longue durée, quelle qu'en soit l'origine.

(1) Alibert, loc. cit., p. 424.

Pas de troubles digestifs notables au début : l'appétit est conservé, l'embonpoint persiste même jusqu'au moment où la généralisation des tumeurs amène rapidement la cachexie. Alors apparaît la diarrhée, déjà signalée par Alibert, sous forme de lientérie abondante, et de nature séreuse. Elle peut cesser pendant quelque temps, puis récidive : à chaque nouvelle apparition, elle a une influence notable sur l'affaissement des tumeurs fongoïdes existantes. A la fin, elle devient continue. Nous avons à la période ultime observé du muguet sur la langue et les parois buccales.

Les fonctions respiratoires et circulatoires sont peu dérangées; nous signalerons chez une malade (obs. 1) l'existence d'un noyau tuberculeux dans le sommet d'un poumon ; mais il ne doit être considéré que comme une complication survenue dans les derniers mois de la vie.

L'altération du sang s'est révélée par un bruit de souffle anémique au cœur, et propagé dans les vaisseaux, ainsi que par un œdème passif des membres inférieurs, du dos et des flancs : il n'y a pas eu d'anasarque généralisée, mais de l'ascite. Le sang, examiné au microscope, pendant la vie, n'offrait pas d'augmentation dans la quantité proportionnelle des globules blancs. Les urines, examinées avec soin et à plusieurs reprises, étaient pâles, peu abondantes et ne contenaient aucune trace de sucre ni d'albumine (obs. 1).

La menstruation a, chez notre malade, toujours été régulière jusqu'aux dix derniers mois, époque

où elle s'est suspendue complétement. Dans un autre fait (Guérard, obs. 5), des troubles de la menstruation avaient été signalés dès le début.

Quant au système nerveux il paraît peu atteint. M. Guérard a insisté sur la diminution de sensibilité, l'anesthésie incomplète des tumeurs mycositiques, mais ce phénomène ne nous paraît pas constant et a été sans doute exagéré. La privation de sommeil a constitué un symptôme persistant et pénible presque dès le début chez la femme Battet (obs. 1). Peut-être faut-il l'attribuer en grande partie à la démangeaison : ce prurit, qui appartient à la période des premières éruptions, n'atteint cependant pas l'intensité des atroces démangeaisons de certaines affections herpétiques. Pas de douleurs vives, ni spontanées, ni provoquées dans les parties malades. M. Bazin a signalé leur existence une seule fois (obs. 3), dans un cas où la vaste étendue des surfaces malades était exceptionnelle et où il y avait eu en outre des complications inflammatoires. L'intégrité des organes des sens est complète et l'intelligence se conserve jusqu'à la mort.

### Art. IV. — *Marche et durée de la maladie.*

*Début.* — C'est au milieu d'un état de santé satisfaisant, en apparence du moins, que débutent les premières manifestations du mycosis. Cependant elles ont été, dans plusieurs cas, précédées par des troubles morbides peu prononcés, qui n'ont pas suffisamment peut-être éveillé l'attention ni des malades, ni du médecin, tels que douleurs vagues dans les mem-

bres, perturbations menstruelles, dyspepsie, état maladif causé par un changement de pays, des chagrins prolongés (obs. 1, 5).

La succession régulière des diverses lésions cutanées qui appartiennent à cette curieuse maladie, nous permet de lui considérer deux phases ou périodes.

*Première période.*—Les malades s'aperçoivent de rougeurs, de taches congestives, disséminées ordinairement dans plusieurs régions du corps, quelquefois limitées à une seule. Cette première éruption s'accompagne toujours de chaleur de la peau et de démangeaison ; aussi les malades sont-ils portés à se gratter et augmentent par cela même l'irritation de la peau : l'éruption d'abord sèche et simplement congestive peut devenir suintante et squameuse. Les taches congestives se montrent par poussées successives, disparaissant sur un point pour reparaître ailleurs. Parfois elles s'évanouissent complétement, et cette amélioration paraît survenir de préférence pendant l'hiver, la maladie semble guérie ; mais, après un intervalle de répit qui ne dépasse pas quelques mois, de nouvelles éruptions se manifestent principalement au retour du et printemps : elles offrent alors une ténacité extrême, bientôt changent d'aspect. En effet, après une durée variable de quelques mois à dix-huit mois (obs. 1), cinq ou six ans même (obs. 3), pendant lesquels on croit n'avoir affaire qu'à une éruption herpétique tenace, on voit apparaître ces éruptions plus saillantes que nous avons appelées *plaques lichénoïdes*. Elles peuvent également se montrer de bonne heure ; les pre-

mières manifestations se transforment alors rapidement; la peau se soulève, s'épaissit et prend l'aspect lichénoïde presque d'emblée. Jusque-là, la santé générale n'a encore subi aucune atteinte grave, malgré la persistance de quelques troubles fonctionnels légers et insidieux.

*Deuxième période.* — C'est l'époque principale de la maladie, celle pendant laquelle poussent les excroissances fongoïdes avec leurs caractères particuliers. Sur les points de la surface cutanée, encore actuellement malades, ou qui l'ont été dans la période précédente, il se fait une sorte de fluxion dans l'épaisseur de la peau qui se gonfle, se boursoufle, s'élève assez rapidement, et forme une petite tumeur rouge, lisse, indolente, offrant enfin les caractères que nous avons longuement décrits plus haut. Des productions semblables se forment peu à peu sur le reste du tégument externe, les unes isolées, les autres agglomérées d'une façon irrégulière. Puis, au bout d'un certain temps, sur le sommet de ces tumeurs se fait une ulcération, qui s'agrandit rapidement : des ulcérations voisines se réunissent, et constituent alors ces pertes de substance superficielles mais très-étendues en surface, que nous avons signalées; elles font du malheureux, qui est atteint de cette horrible affection, un objet de dégoût pour les autres et pour lui-même. Pendant toute cette évolution, se reproduit encore le singulier phénomène de rétrocession, qui est un des caractères les plus frappants des affections mycositiques. Tous les malades signalent l'affaissement, la disparition

même à plusieurs reprises, et quelquefois très rapide, des tumeurs fongoïdes d'un volume considérable, et de ganglions engorgés : cette disparition est même souvent si complète qu'il n'en reste presque aucun vestige. On se félicite alors de ce mouvement de résorption, que l'on croit tendre à la guérison. Vain espoir! Arrivé à cette période, le mal ne recule pas; de nouvelles explosions de tumeurs éclatent, qui suivent la marche des précédentes. C'est à ce moment que la santé générale est sérieusement ébranlée, et que se manifestent des troubles généraux graves et profonds. Ce n'est pas seulement à la suppuration des ulcères, à la fétidité de leurs produits qu'il faut imputer la gravité de l'état général; l'économie est frappée tout entière par une cause morbide qui nous échappe, mais qui produit, en même temps que des phénomènes extérieurs, une altération certaine, un état dyscrasique du sang, et se révèle par les signes d'une cachexie prononcée. Il se déclare des exacerbations fébriles le soir, des troubles gastro-intestinaux, une insomnie pénible, un amaigrissement extrême. La diarrhée s'établit et achève d'épuiser le malade, qui meurt enfin dans le dernier degré de marasme.

Hâtons-nous de dire toutefois que les périodes désignées dans notre esquisse, ne sont point aussi tranchées qu'on pourrait le supposer. Nous avons voulu indiquer la succession très-régulière des manifestations cutanées, par lesquelles se traduit le mycosis. Mais si chaque période est caractérisée par l'apparition d'éléments nouveaux et de plus en plus importants, il n'en est pas moins vrai qu'on n'observe pas la dis-

parition complète des accidents antérieurs, mais au contraire on les voit coexister à la dernière période; le corps des malades est presque littéralement couvert de taches rouges, de plaques lichénoïdes, de tumeurs fongoïdes, d'ulcérations mélangées ensemble; c'est ce qu'on peut vérifier au musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis sur la reproduction de l'affection mycositique de la femme Battet, si fidèlement et si artistement exécutée par M. Baretta.

En résumé, le mycosis fongoïde présente donc une marche constamment progressive, mais avec des intermittences, des temps d'arrêt et de rétrocession, sur lesquels nous avons tant insisté, et qui peuvent être parfois très-prononcés. Tous les faits connus concordent à cet égard. « La marche du mycosis ordinairement continue, dit M. Bazin, offre parfois une sorte d'intermittence en rapport avec les saisons » (1). M. Guérard insiste également sur les transformations, les modifications lentes ou rapides, la marche irrégulière de la maladie (2). Quelquefois, après un stade plus ou moins prolongé d'état stationnaire ou d'évolution lente, c'est par une poussée plus aiguë, presque inflammatoire que l'affection augmente et s'aggrave. Quand les tumeurs fongoïdes sont généralisées, que les signes généraux de la consomption s'affirment, la marche se précipite, et mène a une terminaison constamment fatale, quels que soient les efforts de l'art.

*Durée.* — On soupçonne aisément, d'après ce qui

(1) Bazin, loc. cit., p. 374.
(2) Guérard, loc. cit., p. 4.

précède, que la durée du mycosis fongoïde doit être variable, mais toujours prolongée. En effet, les observations qui servent de base à ce travail signalent toutes la longue durée de la maladie : tantôt cinq ans (obs. 1, 2), tantôt trois ans (obs. 3), ou même douze ans (obs. 5); encore tous les malades n'ont-ils pas été suivis jusqu'à leur mort; mais, dans les cas où le terme de la maladie n'a pas été indiqué, l'état grave des sujets nous autorise à croire que la guérison n'a pu être obtenue.

*Complications.* — Les complications qui peuvent se déclarer pendant le cours du mycosis doivent, en affaiblissant l'état général, précipiter la marche de la maladie primitive, et aggraver la position du malade : on en a signalé quelques-unes qu'il importe de rappeler brièvement.

Nous avons déjà cité ces états inflammatoires de la peau, qui surviennent parfois, et que M. Guérard décrit « comme une poussée aiguë, un état particulier d'éréthisme avec rougeur vive et tuméfaction de la peau. Cet état, que nous n'oserions dire purement nflammatoire, bien qu'il ait la plupart des caractères de l'inflammation, s'accompagne de douleurs excessivement vives et qui s'exaspèrent à la plus légère pression ou même à la simple exposition au contact de l'air (1). » — A côté de ces congestions aiguës de la peau, il faut placer l'érysipèle qui, dans un cas rapporté par M. Bazin, semble avoir produit un effet ré-

(1) Guérard, loc. cit, p. 8.

vulsif et imprimé aux tumeurs un mouvement favorable d'amélioration. — La diarrhée séreuse, le muguet, observés à la fin de la maladie, indiquent la période ultime de l'état cachectique et sont d'un pronostic fatal. — Enfin constatons la présence de noyaux tuberculeux, de pneumonie caséeuse dans le sommet d'un des poumons chez la malade dont nous avons recueilli l'observation.

---

## CHAPITRE II.

### ÉTIOLOGIE.

Les données précises sur les causes du mycosis fongoïde nous font entièrement défaut. La rareté de cette affection, le peu de renseignements fournis par les observations, la difficulté même d'une pareille étude expliquent l'obscurité de cette étiologie. Voici toutefois les quelques détails que nous avons pu relever à cet égard.

Le mycosis se déclare dans l'âge mûr, surtout après 40 ans; une seule fois, il a débuté à 28 ans (obs. 5). — Le sexe paraît indifférent.

L'état de santé antérieur des malades est généralement bon ; leur tempérament, lymphatico-sanguin : pas de maladies graves dans leur jeunesse. Chez une femme, les premiers accidents ont été précédés de troubles menstruels et de symptômes nerveux.

Au sujet des ascendants, les renseignements sont fort incomplets. Alibert dit que la mère de son malade

avait eu au visage un ulcère chancreux, qui guérit par la cautérisation ; son frère serait mort par les progrès d'une maladie de peau indéterminée. Les autres malades ont déclaré que leurs parents étaient parfaitement sains. La femme Battet présentait des antécédents scrofuleux, et trois de ses frères et sœurs avaient succombé à une maladie de poitrine, selon toute probabilité la phthisie pulmonaire.

Nulle part d'antécédents syphilitiques ; pas d'hérédité dartreuse bien avérée ; aucune trace de goutte ni de rhumatisme, ni d'affections cancéreuses.

Pas de contagion : non-seulement les individus frappés n'avaient eu aucun rapport avec d'autres personnes atteintes de maladies de peau analogues, mais jamais ils n'en ont communiqué à leurs parents, leurs enfants, malgré une cohabitation journalière.

Sous le rapport des influences cosmiques ou hygiéniques, même incertitude. Aucun malade n'avait séjourné dans les pays chauds ; aucun n'a accusé d'affections paludéennes antérieures, etc. Peut-être faut-il chercher dans un changement de climat (Guérard), dans des chagrins profonds, dans une mauvaise alimentation, etc., l'origine d'une perturbation organique qui se prononce de plus en plus. Mais ce sont des causes dont on a trop souvent abusé. Nous préférons nous en tenir à cette analyse rapide et garder une réserve que justifie amplement le défaut de renseignements utiles.

---

## CHAPITRE III.

### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Si les observations cliniques ayant trait au mycosis fongoïde sont rares, plus rares encore sont les cas dans lesquels l'examen histologique a pu être pratiqué. Cependant l'obscurité qui règne sur la nature de certaines maladies de la peau ne peut être dissipée qu'à l'aide d'examens micrographiques complets : c'est le seul moyen d'assigner à ces états morbides leur place dans le cadre de la nosographie, et d'indiquer leur signification pathologique.

Ayant été assez heureux pour nous livrer à cette étude au sujet de la malade que nous avons observée, nous croyons pouvoir tirer du résultat auquel nous sommes arrivé de précieuses données sur la nature de l'affection désignée sous le nom de mycosis fongoïde. On trouvera, à la suite de l'observation que nous publions, l'exposé de la nécropsie; mais nous en rapportons ici les détails principaux.

La rougeur et la saillie des plaques congestives et lichénoïdes avaient disparu après la mort, l'état squameux de la surface tégumentaire, et l'épaississement du derme à ce niveau indiquaient la place qu'elles occupaient. Les tumeurs étaient également affaissées : en pratiquant une coupe de la peau passant au milieu de ces tumeurs, on remarquait que leur aspect était d'un blanc rosé, ou d'un rouge plus foncé sur quelques-unes; leur tissu d'apparence homogène se confondait insensiblement avec les parties de la peau

avoisinantes; il en était de même au niveau des ulcérations plus ou moins étendues. Les lésions étaient parfaitement limitées à l'épaisseur de la peau. Sur deux ou trois points seulement, d'énormes ulcérations avaient atteint le tissu cellulaire sous-cutané, mais sans le dépasser, et sans que les produits morbides aient nulle part envahi les muscles ou les parties sous-jacentes. Un des seins, qui pendant la vie paraissait occupé par une tumeur cancéreuse, n'offrait à la coupe aucun caractère du cancer, mais semblait transformé en tissu fibreux condensé.

Après la peau, le système lymphatique présentait les altérations les plus frappantes. Les ganglions lymphatiques axillaires, inguinaux, pelviens, mésentériques, étaient plus ou moins augmentés de volume, d'une couleur rougeâtre, plus foncée, et d'une consistance plus molle qu'à l'état normal. Les ganglions cervicaux et thoraciques étaient à peine plus volumineux qu'à l'état sain.

Les autres organes nous ont présenté des lésions moins intéressantes. Dans un des poumons, quelques noyaux tuberculeux, de date récente, au sommet. Le cœur, petit, sans caillots dans ses cavités, avait les parois du ventricule gauche hypertrophiées.

Dans la cavité abdominale, les intestins vides, rétractés, présentaient au-dessus de la valvule iléo-cæcale une saillie de quelques plaques de Peyer, et de quelques follicules, que nous regrettons de n'avoir pas mieux examinés. Ces altérations, quoique légères, méritaient d'être rapprochées de celles des autres organes lymphatiques.

Le foie assez volumineux, non déformé, était partout franchement graisseux : cet état gras est en rapport avec la cachexie prononcée du sujet. Les reins présentaient également des traces de dégénérescence graisseuse au début. La rate, légèrement augmentée de volume, était très-ferme à la coupe, et nous a offert un aspect plus dense, plus compacte qu'à l'état normal.

On le voit, tout l'intérêt de l'autopsie portait sur les lésions de la peau et des ganglions lymphatiques. Il importait de déterminer la structure des tumeurs mycositiques, et l'altération des ganglions. M. le Dr Ranvier, dont le talent micrographique est si connu, a bien voulu se charger de cet examen, et nous en a transmis le résultat avec une rare obligeance, dont nous tenons à le remercier hautement. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici la note qui nous a été fournie par M. Ranvier :

« *A l'aspect extérieur,* les tumeurs étaient grisâtres, avec des points ou traînées rouges; les unes vasculaires, les autres apoplectiques; elles étaient molles, donnant du suc à la pression et par le raclage, exactement comme une tumeur carcinomateuse ou un ganglion lymphatique : le suc était lactescent. Les cellules obtenues par le raclage sont entièrement semblables à celles qu'on trouve dans les ganglions lymphatiques irrités. Elles ont en moyenne de 0mm,01 à 0mm,012 de diamètre; quelques-unes plus grandes contiennent plusieurs noyaux; elles sont formées par une masse de protoplasma sans membrane enveloppante.

« *Examen histologique des tumeurs.* — La surface des tumeurs non ulcérées présente un revêtement épithélial avec deux couches, la couche cornée et le corps muqueux de Malpighi. Les papilles sont élargies, et, dans certains points, elles ne sont plus marquées que par de légères sinuosités du derme. Le tissu conjontif, qui les forme à l'état physiologique, a fait place à un tissu qui, au premier abord, semble formé uniquement par des cellules. Mais après durcissement dans l'alcool ou dans une faible solution d'acide chromique, on obtient des préparations fort minces, qui, traitées par le pinceau, permettent de reconnaître que ces cellules occupent les mailles d'un réseau fibrillaire entièrement semblable à celui des organes lymphatiques. Il n'y a pas de démarcation entre la base des papilles et le tissu qui forme la tumeur : celui-ci est constitué de la même façon que le corps des papilles. C'est un *tissu adénoïde ;* seulement, en se développant, ce tissu n'a pas amené la destruction des faisceaux fibreux du derme, ni des fibres élastiques, ni des cellules adipeuses. Les différents éléments physiologiques du derme et du tissu cellulaire sous-cutané sont simplement écartés pour faire place au tissu adénoïde.

« Ce tissu adénoïde ne diffère nullement de celui qu'on observe dans les tumeurs de la *lymphadénie* (leucocythémie et adhénie). Il est formé par un reticulum de fibrilles, pâles, molles, de 1 à 3 millièmes de millimètre de diamètre ($0^{mm},001$ à $0^{mm},003$), anastomosées les unes avec les autres de telle sorte que, dans la plupart des points de jonction, on n'observe pas d'épaississement ; mais dans quelques-uns de ces points

de jonction, on rencontre des cellules étoilées dont les ramifications ne sont autres que les fibrilles. Des vaisseaux capillaires sillonnent le tissu adénoïde dans diverses directions; ces capillaires ont une enveloppe extérieure réticulée, et de celle-ci partent des fibrilles qui vont se perdre avec celles du stroma. Ces capillaires ne contiennent pas de globules blancs, comme cela arrive dans le tissu adénoïde de la leucocythémie.

« Les mailles du stroma sont comblées par des cellules embryonnaires indépendantes les unes des autres, *cellules lymphatiques*.

« Au niveau des portions ulcérées des tumeurs, l'épiderme manque aussi bien dans sa couche cornée que dans sa couche muqueuse. Il est remplacé par du tissu embryonnaire, qui se perd insensiblement avec le tissu adénoïde. Les vaisseaux de ce tissu ont une paroi formée par des cellules embryonnaires, et l'on n'y distingue pas de couche réticulée.

« Les ganglions ont exactement la structure qu'ils ont dans l'*adénie*.

« Le foie est entièrement adipeux, et non granulo-graisseux (1). »

Nous ajouterons à cette description quelques détails complémentaires dus à l'obligeance de notre distingué collègue et ami Grancher, préparateur d'histologie à l'Amphithéâtre des hôpitaux, qui, du reste, dans

(1) Cf. Ranvier et Cornil, Manuel d'histologie pathologique; Paris, 1869, 1re partie, p. 251. — On verra que la description des *lymphadénomes*, dans cet ouvrage, est absolument identique avec celles de nos tumeurs cutanées.

ses examens histologiques, a obtenu des résultats absolument identiques à ceux de M. Ranvier.

Un fait remarquable dans la structure des tumeurs adénoïdes, c'est l'existence de gros vaisseaux capillaires dilatés, variqueux, tortueux, à parois épaissies; ils sont entourés du tissu de nouvelle formation qui part de leurs parois et qui forme autour d'eux une atmosphère de tissu adénoïde plus condensé, à cellules plus nombreuses que partout ailleurs. On ne peut se défendre, en voyant cette disposition, de croire que le tissu adénoïde a dû se former primitivement autour de ces vaisseaux, et l'on pourrait aussi concevoir une relation intime entre les altérations des vaisseaux, peut-être du sang lui-même, et la néoplasie lymphoïde, que celle-ci se développe soit dans le tissu conjonctif interstitiel des organes, soit peut-être aux dépens des globules blancs sortis des vaisseaux (1). Mais n'entrons point dans des considérations hypothétiques basées sur des connaissances physiologiques encore trop incomplètes. Dans les tumeurs les plus anciennes, le tissu adénoïde a envahi même les cellules adipeuses et tend à les faire disparaître. Dans le sein gauche, dont on se rappelle l'aspect carcinomateux pendant la vie, la glande a presque disparu; il existe de grosses travées de tissu fibreux dense, et une infiltration complète de tissu adénoïde. Les reins n'offrent aucune altération remarquable. La rate présentait de l'épaississement de

(1) Cornil et Ranvier, loc. cit., p. 258.

ses trabécules et une hypergénèse notable de tissu lymphatique.

Ces données histologiques ont le plus grand intérêt au point de vue de la physiologie pathologique et de la nosologie. En effet, nous trouvons dans le développement du *tissu lymphatique* (*tissu adénoïde* de His) au milieu des éléments du derme, l'explication des phénomènes présentés par le mycosis dans son évolution.

Sous l'influence d'un trouble de nutrition, d'une dyscrasie, dont la cause première nous est inconnue, il se fait dans l'organisme une tendance à la production sur différents points, et dans plusieurs organes d'un tissu de nouvelle formation, analogue à celui qui constitue normalement les organes lymphatiques ; c'est le *tissu lymphatique*, *lymphoïde* ou *tissu adénoïde* (His, Frey, Ranvier et Cornil). Nous n'avons pas à rappeler ici les travaux dont ce tissu a été l'objet, principalement en Allemagne, ni les opinions émises sur sa formation normale ou accidentelle (1).

Prenant seulement les faits acquis à la science, nous leur demanderons, autant qu'il est possible,

(1) Voy. sur le tissu adénoïde : His, Ueber die Wurzeln der Lymphgefæsse in den Hæuten der Kœrper und über die Theorien der Lymphbildung (sur les origines des vaisseaux lymphatiques dans les membranes des corps et sur les théories de la formation de la lymphe) Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, 1862. — Frey, Untersuchungen über die Lymphdrüsen des Menschen und der Sæugethiere (Recherches sur les glandes lymphatiques de l'homme et des mammifères); Leipzig, 1862, et les autres mémoires de Frey. — Krause, Anatomische Untersuchungen, Hanover, 1861. — Cornil et Ranvier, Manuel d'histol. patholog., t. I, p. 251-259.

l'explication des phénomènes observés dans la maladie qui nous occupe. Nous croyons donc que, sous l'influence d'une irritation particulière, il se fait, en certains points de la peau, un travail pathologique, identique à celui qu'on a observé dans d'autres organes, et qui aboutit aux résultats suivants : hyperémie du tissu, formation de tissu connectif réticulé et génération abondante de corpuscules lymphatiques (1). Le tissu nouveau semble se former autour des vaisseaux capillaires qu'il enveloppe d'une tunique réticulée, signalée plus haut, et semblable aux tuniques lymphatiques décrites autour de certains vaisseaux, notamment dans les ganglions lymphatiques (2). Puis il se développe ; ses cellules se multiplient, et il envahit de proche en proche les tissus voisins ; mais, chose remarquable, les éléments du derme, fibres élastiques, faisceaux fibreux, glandes, etc., ne sont nullement détruites ; ils sont complétement dissociés, écartés, et c'est dans les intervalles ainsi formés que se produit le tissu adénoïde. Cette disposition explique d'une façon péremptoire comment des tumeurs volumineuses peuvent se résoudre et disparaître sans laisser d'altérations permanentes de la peau, de cicatrices ; c'est qu'en réalité aucune partie de la peau n'est détruite par les éléments lymphatiques, qui sont seulement infiltrés dans son épaisseur. L'analogie du tissu néoplasique avec le tissu lymphatique normal indique qu'il doit partici-

(1) Cf. Labéda, Système lymphat., cours du chyle et de la lymphe (thèse d'agrég., 1866, p. 44).

(2) Cornil et Ranvier, loc. cit., p. 254.

per des propriétés de ce dernier, et comme lui être le siége de phénomènes actifs de nutrition et d'absorption. Cette vue nous paraît expliquer la marche intermittente et les rétrocessions fréquentes du mycosis. La formation du nouveau tissu adénoïde n'a lieu que progressivement, d'une façon probablement plus lente au début de la maladie; il s'accompagne alors d'hyperémie prononcée, d'où les premières éruptions congestives, suivies de desquamation par troubles de la sécrétion épidermique; puis, quand l'organisme est plus profondément affecté, le tissu néoplasique tend à proliférer de plus en plus et produit les excroissances caractéristiques du mycosis. Mais,pendant le cours de cette évolution, qu'interviennent des modifications favorables, hygiéniques ou médicamenteuses; ou bien, que survienne une cause perturbatrice, une diarrhée intense par exemple : on verra rapidement, en vertu même de sa structure, le tissu lymphoïde se résorber et disparaître. Si, au contraire, et c'est ce qui arrive constamment à mesure que progresse l'affection, si la prolifération du tissu et des cellules lymphatiques augmente, il arrive un moment où elles s'altèrent, se détruisent et amènent ainsi l'ulcération, ulcération qui débutera toujours par la partie centrale de la tumeur où existent les éléments pathologiques les plus nombreux et les plus anciens, et qui s'étendra régulièrement par un travail de destruction progressive, sans dépasser les limites occupées par le tissu adénoïde. Enfin survient la cachexie, liée aux troubles profonds de l'économie, à une altération probable du sang, et dont la marche est accé-

lérée par les déperditions abondantes, auxquelles donne lieu la suppuration des nombreux ulcères. Ces réflexions sont applicables aux lésions ganglionnaires.

L'examen micrographique des excroissances mycositiques, en nous fixant sur leur composition, nous a permis d'en déterminer la nature, et doit nous conduire à leur assigner leur véritable place. Ce sont des *lymphadénômes* de la peau; il est donc impossible de les confondre ni avec le *molluscum* vrai, qui est une variété de fibrôme (1); ni avec le *lichen hypertrophique*, qui est une hypertrophie papillaire fibroïde; ni avec les tubercules de la *lèpre ou éléphantiasis des Grecs*, dont nous donnerons plus loin la structure comparative, d'après un examen récent de M. Ranvier (voir page 33). Mais ces lymphadénômes sont-ils le symptôme d'une maladie spéciale, ou bien doit-on les rattacher à un groupe pathologique plus vaste? C'est ce que nous discuterons à la fin de ce travail, dans un chapitre particulier, à cause de l'importance de la question.

Nous nous sommes, pour l'étude anatomique du mycosis, uniquement appuyé sur les résultats fournis par le cas qui nous appartient. C'est le seul dans lequel l'examen microscopique ait pu, grâce aux progrès de l'histologie moderne, conduire à des données positives. Cependant, M. Guérard a déjà publié une analyse histologique, faite par M. Damaschino, de tumeurs provenant d'un individu atteint de mycosis,

(1) Virchow, Pathologie des tumeurs, t. I, p. 322. — Ranvier, Communication orale.

et dont il a publié l'observation (1). Dans la note de M. Damaschino, on peut reconnaître, malgré les différences de langage, les caractères essentiels que nous avons indiqués, l'infiltration du tissu nouveau à travers les mailles du derme écarté, mais non détruit, l'abondance des éléments cellulaires, etc. Enfin, Virchow (2), a rangé le mycosis fongoïde dans sa classe si vaste des *granulômes*, et en donne d'après Kœbner, une analyse trop incomplète, pour que nous osions déterminer quelle affection il a réellement voulu désigner sous ce titre.

---

## CHAPITRE IV.

### DIAGNOSTIC.

Si nous considérons les symptômes et la marche du mycosis fongoïde dans son ensemble, il n'est pas d'affection cutanée qui nous offre un semblable tableau pathologique. Mais, en prenant la maladie dans ses différentes phases, la multiplicité des lésions cutanées qu'elle présente à certaines époques fait pressentir la difficulté du diagnostic. En effet, si les tumeurs fongoïdes ont des caractères assez tranchés pour être facilement reconnues, il n'en est pas de même des éruptions cutanées de la première période; celles-ci, revêtant l'aspect de plusieurs affections

(2) Guérard, loc. cit., p. 16, en note.

(3) Virchow, Pathologie des tumeurs, t. II, p. 528.

génériques de la peau, sont la source de grandes difficultés, quand il s'agit de reconnaître leur nature, et de remonter à leur véritable cause. Nous avons entendu un des représentants les plus autorisés de la dermatologie française, M Bazin, insister lui-même sur l'incertitude de cette diagnose; toutefois son immense expérience clinique lui a permis d'émettre un jugement précis dans plusieurs cas, restés insolubles pour d'autres médecins, et regardés par eux comme des dartres rebelles. Nous croyons donc, avec l'importante autorité de M. Bazin, que les diverses manifestations cutanées du mycosis ont des traits particuliers, difficiles à saisir, il est vrai, mais appréciables à un œil exercé. Nous allons indiquer les quelques caractères que nous avons cru apercevoir, et qui peuvent guider l'observateur. Mais ce n'est en réalité que par l'ensemble des accidents, par leur succession, par leurs alternatives de développement et de rétrocession ou de disparition complète, par leur mélange, enfin par l'évolution de la maladie tout entière, que l'on acquerrera une certitude suffisante pour asseoir son opinion d'une manière définitive.

Lorsqu'au début l'on n'aperçoit encore que des plaques rouges, persistantes, peu ou point saillantes au-dessus de la surface tégumentaire, plus ou moins squameuses, on peut les confondre avec de l'*eczéma*, du *pityriasis* ou du *lichen*. On pourrait même, en acceptant certaines doctrines aujourd'hui régnantes en dermatologie, les regarder comme un eczéma, un pityriasis d'une nature spéciale; nous croyons cependant que l'on doit éviter cette confusion, et les diffé-

rencier des affections dartreuses ordinaires dont elles se rapprochent par quelques signes objectifs.

Les plaques congestives ont un caractère de sécheresse remarquable : si parfois elles suintent et se recouvrent de croûtes, ce n'est, comme nous avons cherché à l'établir, qu'un phénomène artificiel et passager, produit par le grattage. On ne peut y constater la vésicule caractéristique de l'*eczéma* véritable. La coloration des taches mycositiques est d'un rouge sombre violacé *sui generis* (1). Ce signe important a suffi dans un cas à M. Bazin pour affirmer qu'il s'agissait d'un mycosis au début. Le prurit est moins vif, moins franc que dans la dartre ; il est accompagné de picotements, de cuissons, Enfin, la ténacité de l'éruption, ses intermittences, ses poussées successives, l'absence d'antécédents herpétiques, l'apparition de plaques plus saillantes au bout de quelque temps, établiront suffisamment le diagnostic.

La même coloration rouge sombre, l'irrégularité des squames, la forme et l'étendue des surfaces malades, la longue durée de l'affection et ses transformations la différencient du *pityriasis*.—Quant au *psoriasis* et à ses formes, nous ne trouvons nulle part l'aspect de cette affection, si reconnaissable à l'abondance de ses squames superposées, blanches, nacrées, assez adhérentes : nous n'y insisterons pas davantage.

Il est plus important d'établir la distinction des plaques lichénoïdes et de certaines formes de *lichen* (*eczéma lichénoïde, lichen agrius*). Les caractères diffé-

(1) Cf. Guérard, loc. cit., p. 12.

rentiels, tirés de l'étendue des surfaces malades et du prurit, qui ont paru suffisants à M. Guérard, ne nous offrent aucune certitude. Nous avons observé, d'un côté, des plaques lichénoïdes disséminées, très-circonscrites; d'un autre côté, le prurit, chez plusieurs malades, a été aussi violent que dans les lichens dartreux. Ici encore nous invoquerons les caractères communs aux manifestations du mycosis : la teinte foncée, plus accentuée que dans le lichen, la saillie plus considérable au-dessus de la peau, qui paraît boursouflée comme par une substance fongueuse; la surface n'est pas franchement papuleuse comme dans le lichen, mais inégale, squameuse; enfin, par-dessus tout, la marche intermittente et l'apparition de nouveaux éléments mobides.

A sa période tuberculeuse, le mycosis peut être confondu avec les nombreuses maladies qui donnent naissance à des tumeurs cutanées. Cependant les caractères des tubercules ou excroissances fongoïdes, sur la description desquels nous avons longuement insisté, nous paraissent assez tranchés pour être aisément reconnus. A cette époque, du reste, on doit être éclairé par l'existence antérieure des autres éruptions, leurs transformations et le développement des accidents généraux.

Le *molluscum* se rapproche par sa forme et sa consistance des petits tubercules lymphoïdes. Beaucoup de dermatologistes ont confondu, sous le nom commun de *molluscum,* des affections cutanées de natures différentes. Nous sommes convaincu, par la lecture de leurs ouvrages, que Biett, Rayer, Cazenave, Gi-

bert, etc., ont fait la même confusion que Battemann et Carswell, dont ils ont reproduit les idées sur ce sujet. Quelques cas de *molluscum*, appelés par eux *molluscum fongoïde*, se rapportent certainement à notre mycosis. Les autres espèces de *molluscum* sont : le *molluscum* proprement dit, consistant en tumeurs de grosseur variable, nombreuses, lisses, sessiles ou pédiculées, indolentes, à développement lent, permanentes et sans influence sur l'état général ; c'est par sa structure un fibrome (1) ; le *molluscum pendulum* est une variété du précédent ; le *molluscum stéarique*, décrit par M. Hardy (2) et M. Bazin (3), forme des tumeurs globuleuses, sans changement de coloration de la peau, fermes, stationnaires, sans tendance à l'ulcération ; elles renferment un contenu graisseux facile à reconnaître par une légère incision : enfin, certains *acnés varioliformes, hypertrophiques*, ont encore été confondus sous la dénomination de *molluscum*. On voit donc que ce groupe hétérogène doit disparaître, et que, si l'on conserve le nom de *molluscum*, il doit être réservé au *fibrome molluscoïde* (Virchow), bien différent, sous tous les rapports, de notre mycosis.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, les glandes sébacées s'hypertrophient, s'altèrent et prennent un volume exagéré sous forme de tubercules nombreux : témoin le fait curieux d'*acné hyper-*

(1) Virchow, Pathologie des tumeurs, t. I, p. 322.

(2) Leçons sur les maladies de la peau, publiées par M. Garnier, 1862, p. 13.

(3) Leçons sur les affections cutanées artificielles, etc., p. 445.

*trophique généralisé*, publié par MM. Martin et Lutz (1), et dans lequel les tubercules acnéiques avaient déformé la face au point qu'on fut tenté de prendre la maladie pour une espèce de lèpre : c'est le *molluscum athéromateux* (Battmann, Lebert). L'orifice glandulaire dilaté existant au sommet des tumeurs, la sécrétion huileuse spéciale qui en sort, la coexistence de boutons d'acné à différents degrés ne permet pas le doute sur la nature de l'affection. Il en sera de même pour les acnés varioliformes, ou autres, dégénérés en tumeurs fongueuses, comme nous en avons vu nous-même un exemple à l'hôpital Saint-Louis.

*L'éléphantiasis des Arabes*, autrefois mal distingué de l'éléphantiasis des Grecs (vraie lèpre), est aujourd'hui parfaitement étudié. Il consiste en une hypertrophie générale du système cutané de différentes régions du corps, surtout des membres inférieurs et du scrotum, au point de faire acquérir à ces organes des dimensions extraordinaires : c'est la *pachydermie ou fibrome éléphantiasique* (Virchow) (2). Fréquent dans les pays chauds, où il est endémique (Égypte, Nubie, côte de Malabar, etc.), il est rarement observé dans les pays tempérés. Nous n'en aurions point parlé si son début n'offrait pas quelques points de rassemblance avec celui du mycosis. L'éléphantasis des Arabes débute souvent par des éruptions cutanées, érysipèle, eczémas, varices, etc., à la suite desquelles le membre s'hyper-

(1) Martin (de Roquebrune), Bullet. des travaux de la Société impér. de Marseille, n° 21, janvier 1859. — Lutz, Thèse de Paris, 1859. — Bazin, Traité de la scrofule, 2e édit, 1861, p. 530.
(2) Pathologie des tumeurs, t. I, p. 293 et seq.

trophie par poussées successives, avec des périodes de rémission. En même temps, le système lymphatique est atteint, et les ganglions correspondants se développent (1). Mais la marche ultérieure, l'hypertrophie générale de tous les éléments de la peau, l'absence de tumeurs spéciales, etc., ne permettent pas de méconnaître longtemps la nature de la maladie.

A côté de la pachydermie, nous devrions nous occuper d'une affection cutanée intéressante à cause de la discussion qu'elle a soulevée ; nous voulons parler du *lichen hypertrophique* (Hardy), qui, pour M. le professeur Hardy, ne serait autre chose que le mycosis fongoïde d'Alibert et de M. Bazin. Cette opinion soulève un point de doctrine que nous discuterons plus loin à propos de la nature du mycoyis : nous renvoyons donc au chapitre suivant pour compléter ce diagnostic.

Les affections mycositiques peuvent offrir, dans leur aspect, quelque ressemblance avec plusieurs *accidents syphilitiques*. A ne considérer que la forme, la coloration de quelques plaques lichénoïdes, peu étendues, nummulaires ou en demi-cercle, on leur trouve de l'analogie avec certaines syphilides papulo-squameuses. On voit de même des tubercules fongoïdes, d'un petit volume et d'une teinte foncée, qui rappelent certaines syphilides tuberculeuses. Pour les premières l'absence de collerette épidermique, l'existence du prurit, la sécheresse, l'abondance, l'adhérence des squames, l'état rugueux de la surface, etc.; pour les seconds, l'absence de coloration vraiment cuivrée,

(1) Bazin, Leçons sur les affect. cutan. artific., p. 455 et seq.

leur disposition, leur évolution, etc., ne permettent guère la confusion. Mais les ulcérations mycositiques et d'un petit diamètre ont une grande ressemblance avec les ulcérations qui succèdent aux syphilides tuberculeuses (syphilides ulcéreuses de M. Hardy; syphilides tuberculo-ulcéreuses et gommes de la peau de M. Bazin). Elles en ont la forme arrondie, les bords nets et taillés à pic, peu ou pas décollés, le fond sanieux, etc. A la vue d'une de ces ulcérations isolées, l'erreur serait possible. Cependant l'absence de groupement circiné, la fétidité toute particulière du pus, la différence d'aspect des croûtes qui se forment, l'absence d'auréole cuivrée, etc., feront reconnaître les ulcères du mycosis. Hâtons-nous de répéter, du reste, que l'ensemble de la maladie ne permet pas l'hésitation, et que le diagnostic est rendu très-facile par les renseignements que fournit le malade, par l'absence d'antécédents syphilitiques, par les éruptions antérieures ou concomitantes, par les tumeurs spéciales et caractéristiques, qui existent toujours en même temps que les ulcérations, etc., etc. (1).

Les considérations diagnostiques précédentes peuvent également s'appliquer aux tumeurs et aux ulcérations de nature scrofuleuse, qui d'ailleurs nous paraissent bien moins susceptibles que les accidents syphilitiques d'être confondues avec les tubercules et les ulcérations du mycosis. L'augmentation de volume des ganglions ne saurait davantage être invoquée pour faire rattacher le mycosis à la scrofule.

(1) Cf. Bazin, Leçons théor. et prat. sur la syph., 2e édit, 1866, p. 339 et 358.

Outre que les tumeurs ganglionnaires de la scrofule appartiennent à peu près exclusivement au jeune âge, la structure différente des altérations qui les constituent repousse toute analogie. Au lieu de l'hypergénèse du tissu adénoïde comme dans le mycosis, c'est une matière caséeuse, tuberculeuse, qui envahit le ganglion strumeux : aussi le voit-on très-disposé à s'enflammer, se ramollir, et suppurer, au contraire de ce qui arrive dans le mycosis.

Ce dernier peut encore être pris pour une *affection cancéreuse* de la peau : cette opinion s'impose d'autant plus facilement à l'esprit qu'on est à une époque plus avancée de la maladie, que les ulcérations sont plus étendues et plus profondes, les ganglions plus volumineux, l'état général plus mauvais. Enfin les difficultés augmentent, si l'on rencontre une induration, une déformation du sein, avec des nodosités, des ulcères à sa surface, comme chez la femme Battet (obs. 1). Aussi la plupart des médecins, qui virent cette malade, crurent à un cancer du sein ; et, partant de cette idée, quelques-uns même portèrent le diagnostic de *cancer généralisé de la peau.* Mais le mycosis fongoïde diffère, au point de vue clinique, des affections cancéreuses de la peau par sa généralisation même, fait exceptionnel dans le cancer ; par l'absence de vice héréditaire ; par la multiplicité des lésions cutanées succédant les unes aux autres et plus ou moins mélangées sur le malade ; par le mode d'apparition et la forme des ulcérations ; par l'absence de douleurs ; par l'absence de teint jaune paille des cancéreux ; par l'odeur spécial du pus ; enfin par deux

points capitaux, selon nous : d'une part, l'évolution des tumeurs par poussées successives, et la disparition parfois complète et rapide d'un certain nombre d'entre elles, sans cicatrices; d'autre part, la moindre influence de l'affection cutanée sur la santé générale et les fonctions, dont la perturbation ne s'accuse qu'au bout d'un laps de temps considérable. Au point de vue histologique, il n'y a pas de rapport possible entre les tumeurs mycositiques et les tumeurs cancéreuses : en cas de doute, l'ablation d'un tubercule et son examen à l'aide du microscope trancheraient la question en démontrant la structure propre de ces tubercules. Cet aperçu général nous semble suffisant pour faire ressortir les principaux motifs sur lesquels se basera le diagnostic : nous croyons inutile de passer en revue les tumeurs variées réunies sous la dénomination de cancer, et qui peuvent siéger à la peau (*sarcomes de diverses variétés*, *encéphaloïdes*, *fibro-plastiques*, etc.). On en trouvera la description dans les traités de pathologie : il serait oiseux d'en rappeler ici les détails bien connus.

On ne confondra pas les manifestations tégumentaires du mycosis avec les *nœvi* ou *l'icthyose*, difformités congénitales qui se reconnaissent à première vue; avec les *lipomes* même généralisés (*diathèse lipoamteuse*) (1); ni avec les *fibromes* cutanés généralisés dont M. Guibout a récemment publié une observation détaillée (2); ni avec les *cancroïdes* ou *épithéliomas* : les

(1) Voy., sur ce sujet, E. Darblet, Des Lipomes et de la diathèse lipomateuse (Thèse de Paris, 1869).

(2) Union médicale, août 1868.

caractères particuliers de chacune de ces affections n'ont rien de commun avec ceux des produits morbides que nous avons étudiés.

Il nous reste encore à comparer les accidents du mycosis avec ceux de l'*éléphantiasis des Grecs* ou *lèpre orientale*, à laquelle MM. Bazin et Guérard ont voulu l'assimiler ; et avec certaines maladies de la peau, indigènes ou exotiques, mal définies, qu'on pourrait être tenté d'en rapprocher. Nous nous proposons d'insister sur ce point à propos de la nature du mycosis; et nous préférons, pour éviter des répétitions inutiles, renvoyer au chapitre suivant, où nous établirons et discuterons le parallèle entre le mycosis et ces différentes maladies.

---

## CHAPITRE V.

### NATURE ET CLASSEMENT DE LA MALADIE.

Il ne suffit pas de décrire les symptômes d'une maladie avec plus ou moins d'exactitude, d'en retracer la marche, et d'en préciser les lésions anatomiques; il faut encore, à l'aide de tous ces éléments divers, l'étudier dans ses rapports avec les autres états morbides qui s'en rapprochent, en établir les analogies et les différences, et lui assigner, autant que possible, sa véritable place en nosologie. C'est ce que nous allons tâcher de faire pour le mycosis fongoïde

De l'étude à laquelle nous nous sommes livré

dans les pages précédentes, il résulte que les caractères de cette maladie, sont :

1° *Dans ses symptômes.* La variété des manifestations cutanées : plaques congestives ou lichénoïdes au début, tumeurs nombreuses tout à fait spéciales à une deuxième période; leur généralisation ; — la tendance des tumeurs à s'ulcérer, et l'aspect particulier de ces ulcères ; — l'existence de tumeurs ganglionnaires multiples ; — l'apparition tardive des symptômes généraux graves ; mais cependant l'affaiblissement progressif et profond de l'économie tout entière, malgré l'intégrité apparente des appareils fonctionnels.

2° *Dans sa marche.* L'apparition, dans un ordre à peu près constant, des différentes lésions tégumentaires ; — l'évolution des tumeurs par poussées successives, séparées par des périodes variables d'état stationnaire, ou par les phénomènes de rétrocession et même de disparition complète ; — l'évolution progressive et fatale de la maladie.

3° *Dans son étiologie.* L'absence de causes directes appréciables, de contagion, d'hérédité ; — l'influence probable des causes générales cosmiques et hygiéniques.

4° *Dans ses lésions anatomiques.* La production, au sein des éléments constitutifs du derme, d'éléments nouveaux, de tissu adénoïde partout identique ; — l'hypergénèse du même tissu dans les ganglions lymphatiques et la rate.

Ces considérations nous font trouver dans le mycosis les caractères d'une maladie *générale* et *diathésique* : *générale*, parce qu'elle se montre sur plusieurs points à la fois, dans divers organes, et qu'elle finit par traduire une souffrance de l'économie tout entière (1); *diathésique* (diathèse lymphoïde), parce qu'elle nous offre la production d'un tissu spécial (tissu lymphatique ou adénoïde); qu'elle présente des symptômes toujours liés entre eux, et indiquant l'action d'une cause partout identique, bien qu'elle nous soit inconnue (2). Nous allons donc examiner si, parmi les autres maladies générales ou diathésiques, il en est quelqu'une à laquelle nous devions rattacher notre mycosis, et nous serons obligé, à cette occasion, de passer en revue et de discuter les opinions émises et soutenues sur ce sujet.

En traitant du diagnostic, nous avons exposé les différences profondes, radicales, qui séparent le mycosis fongoïde du molluscum, de la syphilis, de la scrofule et des affections carcinomateuses : nous avons fait voir que non-seulement les signes objectifs, les manifestations cutanées étaient très-dissemblables, mais nous avons particulièrement insisté sur les différences d'origine, d'évolution, qui ne permettent guère de rapprochements entre ces diverses maladies. Nous n'ajouterons que quelques mots sur le rapport établi par Alibert du mycosis fongoïde avec la syphilis.

(1) Cf. Béhier et Hardy, Traité de pathol. interne, 2e édit., t. I, p. 149 et 150.

(2) Cf. Béhier et Hardy, loc. cit., p. 103. — Bazin, Traité de la scrofule, p. 8.

*Différence du mycosis fongoïde et des affections syphilitiques* (*Opinion d'Alibert*). — Comme nous l'avons déjà dit dans notre introduction, Alibert a classé le mycosis fongoïde dans le groupe des *dermatoses véroleuses*; il l'appelle aussi *vérole d'Amboyne*, sur la foi de Bontius, et le réunit dans le genre *mycosis* à deux autres affections cutanées : l'une manifestement syphilitique (le *mycosis syphiloïde*), l'autre de nature syphilitique possible mais incertaine (le *mycosis framboisé* ou *pian*). Le peu d'exemples qu'avait pu voir Alibert, le manque d'observations sur ce sujet, expliquent aisément que le savant auteur ait, sur quelques analogies de lésions et de symptômes, rapproché ces affections, et les ait rattachées à la maladie la plus polymorphe quant à ses manifestations cutanées, la syphilis. Mais il n'est plus possible de confondre le mycosis fongoïde mieux étudié, et tel que nous le comprenons, avec la syphilis : nous avons démontré surabondamment que les lésions cutanées, considérées isolément, présentaient de notables différences; l'anatomie pathologique, en dévoilant la structure des tumeurs fongoïdes, confirme cette séparation. Enfin l'absence de contagion, les différences dans les caractères et l'évolution des phénomènes, le manque des accidents principaux, céphalée, douleurs ostéocopes, exostoses, etc., voilà plus de raisons qu'il n'était nécessaire pour refuser à notre mycosis toute parenté avec la syphilis. Quant à la vérole d'Amboyne, on verra bientôt combien il est difficile, malgré l'opinion d'Alibert et de ceux qui ont répété ses assertions, de déterminer la nature véritable de l'affection décrite par Bontius.

Le mycosis fongoïde a été récemment considéré comme une *affection dartreuse transformée*, dégénérée (Hardy), ou bien assimilé à *la lèpre* ou *éléphantiasis des Grecs* (Bazin). Nous nous trouvons en présence, ici, des opinions avancées et défendues par les deux dermatologistes les plus distingués de l'hôpital Saint-Louis, MM. Hardy et Bazin. Malgré la conscience que nous avons de notre insuffisance, malgré le respect que nous portons à ces savants maîtres, nous oserons critiquer librement leurs opinions, en prenant pour unique guide l'examen des faits que nous avons analysés : persuadé que les doctrines n'ont de valeur qu'autant qu'elles répondent exactement aux faits d'observation.

*Différences entre le mycosis et les affections dartreuses* (*Lichen hypertrophique de M. Hardy*).— M. le professeur Hardy, cherchant à simplifier la pathologie cutanée, a réuni une grande partie des affections de la peau sous l'appellation commune de *dartres*, et les regarde comme les manifestations d'une seule maladie constitutionnelle, l'*herpétisme*. Nous n'avons pas à examiner ici la doctrine de M. Hardy dans son ensemble : nous y prendrons seulement ce qui se rattache à notre sujet. Bien qu'on ne trouve nulle part l'indication du mycosis fongoïde dans les écrits de M. Hardy, ce savant professeur a hautement proclamé que le mycosis, admis par M. Bazin, n'était qu'un *lichen hypertrophique :* nous l'avons entendu nous-même exprimer cette opinion au sujet de la femme Battet (obs. 1). Qu'est-ce donc que le lichen hypertrophique? Dans

ses *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*, professées à l'hôpital Saint-Louis en 1861, M. Hardy établit que, pour lui, le lichen est une espèce du genre eczéma, une transformation de l'eczéma, caractérisée par l'épaississement de la peau, sa rudesse et l'augmentation de ses rides (1); puis il en décrit plusieurs variétés (*lichens simplex*, *agrius*, *hypertrophique*). Voici comment il s'exprime au sujet du lichen hypertrophique (2) :

« Le lichen hypertrophique est une affection rare et non décrite, présentant une *forme eczémateuse végétante* et une *forme lichénoïde hypertrophique pure.* Il consiste en de véritables végétations fongueuses, exulcérées en forme de choux-fleurs, de masses aplaties végétantes ou de tubercules mous pédiculés. Au premier examen, sans pouvoir dénommer cette affection, on serait tout au moins fort loin de la rattacher au lichen. Ce n'est qu'en remontant des végétations plus volumineuses à celles qui ont déjà disparu, en considérant le passage qui se fait par une gradation imperceptible des tumeurs les plus saillantes aux macules pigmentaires, aux plaques types du lichen offertes par le même sujet, en remarquant l'absence de toute cicatrice après la disparition de masses végétantes aussi considérables, enfin en notant l'espèce de poussée eczémateuse, qui se fait à la surface de ces tumeurs, lorsqu'elles sont irritées par quelque cause locale ou générale ; ce n'est, disons-nous, que par

(1) Hardy, Leçons sur les affect. cutan. dartr., publiées par par Pihan-Dufeillay, 1862, p. 88.

(2) Hardy, loc. cit., p. 92.

l'ensemble de ces moyens que nous avons pu nous assurer de la nature réelle de cette affection, et la rattacher ainsi à l'espèce nosologique à laquelle elle appartient. »

Nous sommes disposé à croire que M. Hardy établit une confusion entre plusieurs affections cutanées de nature totalement différente. Sans doute, à la suite d'eczémas, de lichens chroniques ou mal soignés, on voit quelquefois survenir une sorte d'hypertrophie papillaire de la peau : les surfaces malades se recouvrent de grosses papules végétantes, qui peuvent devenir assez volumineuses, et persister après la guérison de l'éruption primitive; elles s'agglomèrent sous forme de crêtes, de choux-fleurs : leur consistance reste toujours très-dure; elles demeurent longtemps stationnaires, et s'excorient plutôt qu'elles ne s'ulcèrent; la peau qui les supporte est altérée, épaissie, hypertrophiée dans toute son épaisseur : la santé générale n'est point atteinte, etc. Qu'à ces lésions cutanées, l'on donne le nom de lichen hypertrophique, nous nous associerons volontiers à cette opinion. Nous avons pu être témoin de faits de ce genre à l'hôpital St-Louis, et l'on pourra en retrouver de très-beaux spécimens, moulés par M. Baretta, au musée pathologique de cet hôpital. Mais nous ne pouvons confondre avec eux les exemples de mycosis, que nous avons étudiés, et dont on peut, à la rigueur, retrouver quelques caractères dans la courte description de M. Hardy : ainsi, on y trouve signalée l'apparition des tumeurs mollasses consécutives à des éruptions maculeuses ou lichénoïdes, leur rétrocession sans cicatrice, etc. M. Hardy,

entraîné par la théorie, n'a voulu voir dans ces cas que des manifestations dartreuses, et dès lors il a dû rattacher également à la dartre, les excroissances qui leur ont succédé. Mais n'observe-t-on pas dans les maladies de peau artificielles ou symptomatiques des éruptions analogues, sans rapport aucun avec l'herpétisme, et qui peuvent se développer sous l'influence de causes toutes différentes? Aussi rattachons-nous celles que nous avons décrites à la première période du mycosis, au même titre que les tumeurs fongoïdes de la deuxième période. Du reste, écrivait déjà M. Guérard (1) :

« On peut reprocher à M. Hardy de généraliser un caractère qui n'est rien moins que concluant, en considérant la papule du lichen comme le fond de l'éruption, sa condition nécessaire, son élément primitif, générateur. Assurément, vous trouverez bien çà et là quelque chose qui ressemble à du lichen, et de l'eczéma et à du pityriasis, mais l'affection vous échappera toujours par le plus grand nombre, et je dirai même par les plus essentielles de ses parties constituantes. Il y a plus, toutes ces lésions accessoires peuvent manquer, et c'est alors surtout que l'éruption, en quelque sorte réduite à son élément fondamental, se découvre d'elle-même dans sa véritable nature. Comment concevoir en outre qu'une hypertrophie simple, c'est-à-dire l'accroissement d'un tissu et d'un organe sans altération réelle de sa structure intime, puisse donne lieu à des tumeurs

(1) Loc. cit., p. 15.

aussi spéciales par leurs caractères que celles que nous avons décrites ? »

Nous pouvons aujourd'hui confirmer cette altération de structure soupçonnée par M. Guérard. Quelle différence profonde entre la production anormale, hétérotopique du tissu lymphatique constituant nos tumeurs, et l'hypertrophie papillaire *fibroïde* des vrais lichens dégénérés !

La poussée eczémateuse que M. Hardy invoque pour expliquer l'ulcération des tumeurs ne répond point aux faits de mycosis : M. Guérard a déjà reproché, du reste, à M. Hardy de n'avoir pas décrit suffisamment ce prétendu eczéma, et de n'avoir pas indiqué l'existence de vésicules, qui seules caractérisent l'eczéma proprement dit. Nous pourrions signaler encore d'autres différences importantes. Jamais les affections dartreuses n'ont donné lieu à ces ulcérations d'abord si régulières, si nettement arrondies, puis à ces larges ulcères blafards, sanieux, gangréneux, que nous présente le mycosis. Quant à l'absence de cicatrices après la disparition des tumeurs, sur laquelle M. Hardy s'appuie, en outre, pour étayer son opinion, « ce caractère n'est pas exclusif aux éruptions qu'il réunit sous le nom de dartres; et ne voyons-nous pas chaque jour des végétations énormes, de larges papules muqueuses disparaître sans laisser à la peau la plus légère trace de leur passage (1). »

Les altérations du système lymphatique, la marche constamment progressive malgré les intermittences,

(1) Guérard, loc. cit., p. 16.

et le pronostic fatal du mycosis, contrastent également avec la bénignité relative des affections dartreuses, qui, malgré leur longue durée, guérissent, ou du moins n'entraînent pas la mort par cachexie rapide.

Ces considérations nous paraissent suffisantes pour nous dispenser d'insister sur les autres caractères attribués par M. Hardy, aux dartres, et que nous n'avons point retrouvés dans les observations de mycosis, l'hérédité et l'extension fréquente aux organes internes sous forme de gastrite, bronchites, asthme, etc. (1). Il est cependant un dernier point que nous tenons à signaler : l'herpétisme tend, d'après M. Hardy, à présenter une transformation ultime en cancer. Or, chez la femme Battet (obs. 1), le sein gauche, déformé par des ulcérations antérieures, offrait à la simple vue une apparence presque carcinomateuse. M. Hardy se prononça pour un cancer, et crut y voir la confirmation de sa théorie. Mais l'examen ultérieur fait avec le plus grand soin, devait, en démontrant l'absence de tout élément cancéreux, empêcher ce dernier rapprochement.

*Différence entre le mycosis et la lèpre orientale ou éléphantiasis des Grecs* (lèpre indigène de M. Bazin). Très-répandue pendant tout le moyen âge dans l'Europe centrale, la lèpre ou éléphantiasis des Grecs en a complétement disparu, et se trouve aujourd'hui reléguée sous deux latitudes bien différentes, dans des climats, pour ainsi dire, extrêmes : d'une part, dans

(1) Hardy, Leçons sur les affect. cutan. dartr., p. 15 et seq.

les régions équatoriales des deux mondes; d'une autre part, dans les pays du Nord, la Norwége, le Danemark, etc., où elle porte le nom de *spedalsked*. Cependant on a rapporté à la lèpre quelques cas d'affections tuberculeuses de la peau développées sporadiquement dans nos climats, et dont l'étude incomplète n'est rien moins que probante. Ainsi, M. Devergie (1) cite, comme exemple de lèpre indigène, deux observations, dont la description se rapporterait bien mieux au mycosis fongoïde qu'à l'éléphantiasis des Grecs; mais, l'absence d'examen suffisant nous empêche de trancher la question. M. le Dr Bazin, après avoir reconnu et décrit le mycosis fongoïde (2), s'est trouvé fort embarrassé pour classer cette étrange maladie, et séduit par un rapprochement basé sur quelques symptômes, il a tenté dans ses leçons de rattacher le mycosis à la lèpre, sous le nom de *lèpre indigène*, opinion soutenue et développée par un de ses internes distingués, M. Guérard, dans son opuscule sur le *mycosis généralisé*. L'autorité du nom de M. Bazin nous imposait donc une étude attentive de cette question, et nous nous sommes éclairé par la lecture des ouvrages spéciaux aujourd'hui si complets sur la lèpre (3).

(1) Traité prat. des malad. de la peau, 2e édit., p. 749 et 758.

(2) Bazin, Leçons sur les affect. artific. de la peau, etc., p. 372.

(3) Consultez principalement sur l'histoire de la lèpre : Danielssen et Bœck, Traité de la spedalsked ou éléphantiasis des Grecs; Paris, 1848, avec atlas. — Alibert, Monographie des dermatoses, t. II, p. 213. — Gibert, Traité prat. des malad. de la peau et de la syphilis, 3e édit., 1860, t. 1, p. 463. — Bazin, Leçons sur les affect. cutan. artific., la lèpre, etc., p. 254. — Virchow, Pathologie des tumeurs, t. II, p. 486. — Martins, Notes médic. recueillies pen-

Sans doute, on peut trouver dans l'examen comparatif des deux affections quelques points de ressemblance. Le mycosis, arrivé à la période de généralisation, peut, surtout quand la face est atteinte, comme dans un cas de M. Guérard, présenter un aspect difforme et repoussant, qui n'est pas sans rapport avec celui de la lèpre. L'un et l'autre débutent par des manifestations cutanées, d'abord obscures, insidieuses, de longue durée, puis se caractérisent par des tubercules et des ulcérations; l'un et l'autre présentent quelques symptômes communs, chute des poils, troubles fonctionnels, etc. ; mais il suffit de lire une description de la lèpre, pour saisir immédiatement les immenses différences qui les séparent à tous les points de vue. A côté du mycosis, si uniforme dans ses manifestations, nous voyons la lèpre se traduire par les symptômes les plus variés du côté de la peau : éruptions exanthématiques, vésiculeuses, furfuracées, bulleuses, tuberculeuses, etc. Jamais, dans le mycosis, on n'a observé ces taches fauves ou blanches, anesthésiques, si caractéristiques dès le début de la lèpre; jamais on n'a rencontré rien d'analogue au vitiligo lépreux, au stéatome éléphantiasique du tissu cellulaire, à la sclérodermie lépreuse (Bazin), etc.; jamais on n'a constaté cette anesthésie si tranchée, si curieuse de la lèpre ; et l'insensibilité observée quelquefois sur les tumeurs adénoïdes du mycosis ne peut nullement lui être assimilée. Enfin, parmi les formes multiples

dant un voyage en Norwège, en Laponie et aux îles Feroë. (Revue médic., février 1844), etc.

que revêt la lèpre, la forme tuberculeuse est la seule qui puisse être comparée au mycosis. Mais que de différences encore dans les caractères objectifs des tubercules et des ulcères! Les tubercules de la lèpre sont d'un gris sale, durs, irréguliers, enchâssés dans la peau avoisinante, etc.; les ulcères recouverts de croûtes noirâtres, irréguliers, saignants, gagnant en profondeur et produisant ces mutilations spontanées, si communes dans la lèpre, mais qui sont inconnues dans le mycosis. Ce dernier ne présente jamais ces manifestations organiques presque constantes dans la lèpre, infiltration des cornées, tubercules laryngés, caries osseuses, atrophies musculaires, paralysies, etc. Dans l'étiologie même, où est pour le mycosis le vice héréditaire si incontestable pour la lèpre?

Mais, à quoi bon pousser plus loin ce parallèle, quand nous possédons, pour trancher la question d'une manière irréfutable, l'examen histologique qui, après nous avoir démontré la structure adénoïde des excroissances mycositiques, va nous faire voir la composition complétement différente des tubercules de la lèpre. Nous avons pu, grâce à la bienveillance de notre cher et honoré maître, M. le D[r] Hillairet, faire examiner au microscope par M. Ranvier, un tubercule de lèpre confirmée, enlevé à un malade de l'hôpital Saint-Louis, et voici la note que M. Ranvier a bien voulu nous communiquer à ce sujet :

« Le tubercule lépreux est constitué par un tissu gris, vasculaire : il forme une masse bien limitée au milieu du tissu adipeux circonvoisin. Il se décompose lui-même en une série de lobules séparés par des tra-

vées de tissu connectif contenant les cellules adipeuses.

« Ces lobules sont formés par une agglomération de cellules extrêmement variées de forme : les unes sont rondes, d'autres ressemblent à des blocs irréguliers ; certaines sont fusiformes, quelques-unes sont étoilées ; la plupart ont $0^{mm},015$, à $0^{mm},02$ de diamètre ; enfin on trouve au milieu d'elles de grandes cellules ayant $0^{mm},03$, à $0^{mm},04$, chargées de noyaux ; celles-ci sont en tout semblables aux cellules mères de la moelle des os. Il n'y a aucune substance interposée entre ces différentes cellules ; elles se touchent d'une manière intime. Les vaisseaux qui sillonnent le tissu morbide, ont une paroi épaisse non embryonnaire : ce caractère pourrait servir à faire distinguer les tubercules de la lèpre des tumeurs sarcomateuses. »

Concluons donc que l'anatomie pathologique, sur laquelle on croyait pouvoir s'appuyer (Guérard), défend tout autant que la séméiotique et l'étiologie, aucun rapprochement entre le mycosis fongoïde, tel que nous l'avons décrit, et la lèpre ou éléphantiasis des Grecs.

*Inutilité de la diathèse fongoïdique de M. Bazin.* Avant d'avoir cherché à relier le mycosis fongoïde à la lèpre, M. Bazin, dans ses *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, avait décrit cette curieuse affection comme une maladie spéciale ; et, fort embarrassé de savoir où la classer, il inventa une *diathèse fongoïdique*, dans laquelle il fit entrer le *mycosis*, le *fongus acnéique* et les *tumeurs érectiles*. Cette diathèse, dit-il, « est une

maladie ayant pour effet de produire des tumeurs constituées par un tissu essentiellement vasculaire, à tendance envahissante, et souvent ulcérative, tumeurs qui peuvent revêtir les formes les plus diverses, et se manifester dans tous les organes et les tissus de l'économie » (1). M. Bazin a donc eu le mérite de soupçonner l'existence d'un tissu spécial dans les tumeurs mycositiques ; mais, sa diathèse fongoïdique est une pure hypothèse, qui ne peut répondre à aucune réalité ; à présent que la structure de ces tumeurs nous est connue, c'est une *diathèse lymphatique* ou *lymphoïde* qu'il faut y substituer. Nous ne pouvons en outre trouver, comme M. Bazin, aucun point de contact entre le mycosis et les tumeurs érectiles ou le fongus acnéique, qui nous paraît être une acné dégénérée. Il faut donc rayer la diathèse fongoïdique composée d'éléments aussi disparates, et créée uniquement pour le besoin d'une classification systématique.

*Relations du mycosis fongoïde avec l'adénie et la leucémie* (*lymphadénie*, Ranvier). L'histologie nous avait permis de distinguer complétement et sûrement le mycosis fongoïde, des affections avec lesquelles on l'avait confondu jusqu'ici ; elle devait encore nous conduire à déterminer ses relations étroites avec un groupe pathologique étudié depuis peu de temps, et des plus intéressants. Persuadé que l'anatomie pathologique élémentaire est un des flambeaux qui doivent nous guider en médecine, nous avons cherché

(1) Bazin, loc. cit., p. 372.

quels étaient les états morbides dans lesquels on retrouvait une semblable tendance à la production hétérotopique, et à l'hypergénèse du tissu lymphatique ou adénoïde. Nous n'en avions d'abord trouvé qu'un seul, dont la connaissance est due tout entière à la science moderne, et qui a reçu de M. Trousseau le nom d'*adénie*. Mais, éclairé par des travaux tout récents, guidé par les précieuses indications que nous a fournies M. le D[r] Ranvier, nous avons dû admettre l'étroite affinité, disons plus, l'identité qui existe entre l'*adénie* et la *leucémie*, et les réunir sous la dénomination, désormais admise dans la science, de *lymphadénie*. Par conséquent, c'est avec ces affections lymphadéniques qu'il nous reste à comparer le mycosis fongoïde.

Il n'entre pas dans le plan de notre travail de rappeler ici les opinions émises au sujet de l'adénie, ni de passer en revue tous ses symptômes : on trouvera cette description dans les mémoires dont elle a été l'objet depuis 1856, de la part de MM. Bonfils, S. Wilks, Cossy, Hallé, Trousseau, Hérard, Cornil, etc. (1). On y verra que l'adénie consiste, au point

(1) Voy. sur l'adénie : Bonfils, Hypertrophie ganglionn. génér., cachexie sans leucémie (Recueil des travaux de la Société médic. d'observat., t. I, p. 157 ; 1857-1858 — Samuel Wilks, Hypertrophie des glandes lymphat., combinée avec une malad. particulière de la rate (Guys' hospital Reports, 3e série, t. II ; 1856). — Cossy, Mémoire pour servir à l'histoire de l'hypertr. simple plus ou moins général. des gangl. lymphat. sans leucémie (Écho médical, t. V ; 1861). — Hallé, Alérat. des glangl. lymphat. (Bullet. de la Société anat., 1862, p. 235. — Trousseau, Clinique médic., 2e édit., t. III, p. 555. — Hérard, Union médic. des 29 juillet et 1er août 1865. —

de vue anatomo-pathologique, dans une hypertrophie plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques et de la rate, hypertrophie produite par l'hypergénèse du tissu lymphatique propre à ces organes. Mais là ne se bornent point les lésions anatomiques de l'adénie : dans bon nombre des observations d'adénie publiées jusqu'à ce jour, soit en France, soit en Allemagne, on a constaté la production hétérotopique de ce même tissu lymphatique ou adénoïde au sein des différents organes, où il formait des tumeurs plus ou moins volumineuses. M. Hérard (1) en a signalé dans les ovaires, le poumon, la membrane muqueuse de l'estomac, etc. ; M. Ranvier (2) dans les os ; M. Hallé dans le foie ; à l'étranger, on en a également observé dans les viscères, le foie, le poumon, etc. — Il n'y a pas d'altération *apparente* du sang concomitante. Les lésions du système lymphatique ne peuvent pas se produire sans que l'économie soit profondément troublée, et traduise ses souffrances par de graves symptômes, dont M. Trousseau nous a laissé un si brillant tableau. Au début, pendant longtemps même, la santé générale se soutient : le malade n'accuse que des troubles fonctionnels, la plupart du temps liés au développement des ganglions, dyspnée, toux, dyspepsie, etc. Mais peu à peu l'état général s'altère profon

Cornil, De l'Adénie ou hypertr. ganglionn. sans leucémie, suivie de cachexie (Archives gén. de méd., 1865, p. 206). — Conroy Thèse de Paris, 1867, etc., etc.

(1) Union médic., 1865, p. 196.

(2) Note sur un cas de tumeur lymphatique des os (Journal de l'anat. et de la physiol. de l'homme et des animaux, mars 1867).

dément, les forces se perdent; un état d'anémie particulière à laquelle on a donné le nom d'*anémie lymphatique* (Hodgkin, Pavy, S. Wilks, Hérard) (1) s'empare des malades; surviennent alors de la diarrhée, de l'œdème, des hémorrhagies, un affaiblissement progressif, de la fièvre hectique, etc.; le malade succombe fatalement aux progrès incessants de cette cachexie. La durée de la maladie est toujours longue cependant, et présente quelquefois des temps d'arrêt, mais néanmoins le pronostic est toujours fatal.

Dans le mycosis fongoïde, ne sont-ce pas les mêmes symptômes, la même marche? seulement, dans le mycosis, c'est du côté de la peau que se concentre, pour ainsi dire, la production hétérotopique du tissu adénoïde. Déjà du reste sa présence anomale au sein de la peau avait été signalée, mais très-légèrement dans un cas récemment publié par M. de Prez-Crassier (2). Mais, dans nos observations, la multiplicité des tumeurs, leur aspect singulier, leur évolution, impriment à la maladie tout entière un cachet si particulier, que nous avons cru devoir l'étudier à part.

Après les considérations que nous venons de développer, nous nous croyons suffisamment autorisé à réunir le mycosis fongoïde à l'adénie, à le regarder en un mot comme une *adénie avec manifestations cutanées*. La cause intime du mycosis nous échappe du

(1) Pavy, Case of anæmia lymphatica, a new disease caracterised by enlargement of the lymphatic glands and spleen (the Lancet, août 1859, p. 213). — Hérard, loc. cit., p. 214.

(2) E. de Prez-Crassier, De l'identité de l'adénie et de la leucocythémie ou leucémie (Thèse de Paris, 1868, n° 287, p. 24).

reste comme celle de l'adénie. Quelques observations de MM. Potain, Perrin, Leudet, Trousseau (1), avaient fait supposer qu'on pouvait trouver l'origine de l'altération des ganglions lymphatiques dans une lésion chronique de la peau, otorrhée, fistule lacrymale, etc.; mais les cas beaucoup plus nombreux, dans lesquels cette étiologie fait défaut, a dû la faire abandonner. Dans le mycosis, on pourrait être tenté de regarder, avec M. Hardy, les premières éruptions cutanées comme des manifestations dartreuses, retentissant sur le système lymphatique, et devenant ainsi la cause des phénomènes ultérieurs. Mais, outre que cette hypothèse n'expliquerait en rien la production des tumeurs adénoïdes, nous espérons avoir démontré que les éruptions cutanées sont déjà par elles-mêmes un produit de la maladie, bien loin d'en être la cause.

Nous avons laissé entendre, au commencement de cet article, que des recherches récentes avaient éclairé d'un nouveau jour l'histoire de l'adénie. Ce mot fut inventé par Trousseau pour séparer de la *leucocythémie* (Bennett) ou *leucémie* (Virchow) (2), les cas patholo-

(1) Leudet, Dégénérescence adénoïde (Société de biol., 1858). — Perrin, Communicat. à la Société anatom., 1861. — Trousseau, Clinique médic., t. III, p. 578.

(2) Voy. sur la leucémie : Virchow, Archiv fur pathol. Anatomie, 1847, t. I, p. 563, et Pathol. cellul., trad. fr., 1866, p. 139.— E. Vidal, Bull. de la Soc. anat., 1857. — Ranvier et Ollivier, Obs. pour servir à l'hist. de la leucocythémie (Compte-rendu de la Société de biol., 1866. — Trousseau, Clinique médic., 2e édit., t. III, p. 543. — G. Sée, Leçons de physiol. expér. du sang et des anémies; Paris, 1867, p. 278.— Niemeyer, Traité de pathol. int. et de thérap., 2e édit., t. I, p. 744.— Spillmann, Archives gén. de méd., avril 1867, etc., etc.

giques qui présentaient les apparences de la leucémie, sans qu'on trouvât pourtant une augmentation de la quantité proportionnelle des globules blancs dans le sang. Les deux maladies, aussi créées, furent décrites isolément, et l'on s'appuya sur la présence ou l'absence de l'altération leucocythémique du sang pour maintenir cette séparation.

Néanmoins, on restait frappé des analogies qu'elles présentaient dans leurs symptômes, leur marche, leurs lésions anatomiques même (1). A mesure que les observations se multiplièrent, la distance qui paraissait les séparer se combla, et on arriva enfin à admettre leur identité. La leucocythémie a été rencontrée en dehors de toute lésion splénique ou ganglionnaire (Ch. Robin). Virchow, Friedreich, Bœttcher, etc. (2), Béhier, signalèrent la production de tumeurs adénoïdes au sein de différents viscères dans de nombreux cas de leucémie, absolument comme dans l'adémie (3), Enfin l'on trouva l'altération leucocythémique du sang conjointement au développement anomal du tissu adénoïde. Nous avons pu voir sur une magnifique préparation de M. Ranvier, à la fois des vaisseaux sanguins remplis de leucocytes, et du tisus adénoïde de nouvelle formation. Où donc chercher la ligne de démarcation entre la leucémie et l'adénie? Est-ce dans l'étiologie? Est-ce dans l'altération de la rate? Mais nous ne savons rien ou presque rien à cet égard. Quant

(1) Hérard, loc. cit., p. 213. — E. de Prez-Crassier, Th., p. 26.

(2) Archiv für pathol. Anatomie (Archives de Virchow), passim, 1847, 1856, 1858, 1864.

(3) Cornil et Ranvier, Manuel d'histol. pathol., t. I, p. 251-259.

aux altérations du sang, le peu de données positives que nous possédons sur les moyens de les apprécier, et sur la valeur qu'il convient de leur accorder, ne nous fournissent pas grande lumière. Il est à croire que le sang est altéré dans l'adénie aussi bien que dans la leucémie, mais à un degré différent, et sinon en quantité du moins en qualité: on comprendra facilement toutefois notre réserve sur ce sujet.

Ainsi donc, l'analogie entre la leucémie et l'adénie, d'abord entrevue (Hérard, Wunderlich), s'est de plus en plus affirmée. M. Ranvier, que ses études spéciales sur cette matière rendaient plus apte que tout autre à élucider cette question, n'a pas hésité à conclure à leur identité(1). Regardant la production des *lymphadénomes* (Virchow), comme un des éléments les plus importants dans l'espèce, il a réuni la leucémie et l'adénie sous le nom de *lymphadénie*. Cette manière de voir nous semble répondre aux faits observés de la façon la plus complète ; aussi a-t-elle été immédiatement acceptée et exposée dans la thèse récente de M. de Prez-Crassier, dont nous partageons en grande partie les conclusions.

Mais l'affection que nous avons décrite sous le nom de mycosis fongoïde, et que nous avons regardée comme une espèce d'adénie, doit alors rentrer dans la lymphadénie. C'est bien ainsi que nous l'entendons, et les propositions suivantes résument notre opinion à cet égard :

1° Il existe une maladie caractérisée par un ensem-

(1) Cornil et Ranvier, loc. cit., p. 251.

ble de symptômes spéciaux, une marche uniforme, des lésions variables suivant les cas, mais au fond identiques, etc. : cette maladie mérite le nom de *lymphadénie*.

2° La lymphadénie est une maladie générale de tout l'organisme, pouvant occasionner des altérations et des solides et des liquides; c'est en même temps une maladie diathésique, se traduisant par un produit toujours le même, *l'élément lymphatique*, qu'il soit à l'état de leucocytes dans le sang, ou de tissu adénoïde dans les organes.

3° Toutefois la lymphadénie est susceptible de présenter, dans ses manifestations, des variétés assez tranchées :

*A*. La *lymphadénie leucocythémique* ou *leucémie*, caractérisée par la prédominance de l'altération appréciable du sang, et par des lésions de la rate.

*B*. La *lymphadénie ganglionnaire* ou *adénie*, dans laquelle les lésions portent principalement sur les ganglions lymphatiques, quelquefois aussi sur la rate (1).

Nous espérons avoir démontré qu'on peut en admettre une troisième variété.

*C*. La *lymphadénie cutanée*, ou *mycosis fongoïde*, remarquable par la production abondante du tissu adénoïde, presque exclusivement dans la peau.

(1) Faut-il admettre une *lymphadénie splénique* ou *linéale?* Les théories de certains auteurs sur la leucocythémie liénale (Virchow) sembleraient y engager. Nous ne nous sentons pas en état de résoudre cette question, à cause de l'obscurité des fonctions de la rate et de l'ignorance où nous sommes de la valeur qu'il faut attribuer à ses lésions.

Quant aux questions pathologiques que soulève l'étude de la lymphadénie, nous ne les aborderons pas. Faut-il, en considérant l'altération du sang, visible dans bien des cas, probable dans les autres, y voir le point de départ de l'état morbide, et revenir par là aux idées de la pathologie humorale ? Ou bien, devons-nous placer l'origine de la maladie dans une lésion des solides, et accepter la doctrine formulée par Virchow : «Les solides sont primitivement malades, l'altération du sang n'est que secondaire.» Les faibles connaissances que nous possédons en pathologie générale nous feraient pencher de préférence vers cette dernière opinion. Mais l'étude du système lymphatique et de ses origines, celle des organes hématopoïétiques et de leurs fonctions, de la production des leucocytes et de leur rôle, etc., sont encore trop peu avancées pour que nous en puissions tirer aucune conclusion qui ne soit prématurée.

Nous pourrions terminer ici notre travail, mais la rareté de la lymphadénie cutanée, l'obscurité qui entourait son étude, nous a forcé de faire quelques recherches sur des affections de la peau mal déterminées, décrites çà et là dans les recueils de médecine, et à plusieurs desquelles on avait cherché à rattacher le mycosis fongoïde, la vérole d'Amboyne et le pian, par exemple. Il nous a paru intéressant de publier ici le résumé de cette étude.

*De quelques maladies de la peau peu connues et de leur comparaison avec le mycosis fongoïde.* — En parcourant

les traités de pathologie, et surtout les ouvrages spéciaux de dermatologie, on est surpris du nombre d'affections cutanées indigènes ou exotiques, la plupart épidémiques ou endémo-épidémiques, admises presque sans contrôle par les différents auteurs sous les dénominations les plus bizarres, et dont on n'a déterminé ni la nature, ni le classement. Les recherches, que nous avons entreprises dans le but de nous faire une opinion sur ces affections, nous ont convaincu que la plupart d'entre elles doivent être rapportées à la syphilis ; quelques-unes cependant nous paraissent des maladies spéciales. L'insuffisance des renseignements, l'erreur ou l'ignorance des observateurs, le défaut d'examen sérieux des faits rapportés, ont entretenu pendant longtemps une confusion, que des travaux consciencieux et de fraîche date tendent à faire cesser. Le mycosis fongoïde d'Alibert ayant été rapproché de plusieurs de ces maladies, nous avons dû les étudier, et nous sommes resté convaincu qu'aucune ne se rapporte à notre affection lymphadénique. Pour plusieurs d'entre elles, nous avons consulté les mémoires originaux; pour d'autres, nous nous sommes contenté des descriptions étendues que nous avons trouvées dans les traités spéciaux.

Parmi les épidémies observées en France, celles qui ont été décrites sous le nom de *pian de Nérac* (1),

(1) J. Raulin. Observations de médecine où l'on trouve des remarques qui tendent à détruire le préjugé où l'on est sur l'emploi du lait dans la pneumonie, par J. Raulin, médecin de Nérac en province de Guienne; Paris, 1754; à la page 150 : obs. sur un mal contagieux qui a beaucoup de rapport avec la maladie des nègres, appelée *pian*, et qui s'est manifestée à Nérac en 1752.

*mal de Chavanne-Luce* (1), sont des exemples de propagation syphilitique manifeste et rapide dans ces localités. Il en est de même pour les épidémies suivantes : la *maladie de Brunn*, en Moravie (2) ; le *mal de Fiume* ou *de Scherlievo*, observé sur les bords de l'Adriatique par Cambieri (3), et bien étudié depuis par M. le professeur Sigmund (de Vienne) (4) ; la *facaldina* du Tyrol, décrite par Zechinelli (5), et dont la nature syphilitique a été pareillement établie par Sigmund, dans son rapport sur ces affections endémo-épidémiques. Le *sibbens* d'Écosse, décrit par Gilchrist (6), n'est également qu'une forme de la syphilis, comme Swediaur l'avait déjà reconnu.

La *radesyge* de Norwége, observée dès 1758 par Honorius Bonnevic, Deegen, etc., a été longtemps confondue avec la spedalsked, ou lèpre du Nord. M. Bœck (de Christiania) a d'abord commis lui-même cette confusion, qu'on retrouve dans les ouvrages de Rayer, Gibert, etc. Mais des observations ultérieures lui ont fait séparer complétement ces deux maladies. Il a con-

(1) Journal complém. du Dict. des sciences médic., t. V, p. 134.

(2) Th. Jordan. Brunno-Gallicus, seu luis novæ in Moravia exortæ descriptio. Francfort. 1578.

(3) Cambieri, Storia della mal. di scherlivo. — Ozanam. Traité des mal. épid., t. IV, p. 282.

(4) Sigmund. Untersuchungen über die Scherljevo-Seuche und einige damit verglichene Krankheitsformen. Wien. 1855 (Recherches sur le mal de Scherlievo et ses rapports avec les autres formes des maladies vénériennes).

(5) Zechinelli. Giornale della piu recente letter. med. — Ozanam, Traité des mal, épit., t. IV.

(6) Gilchrist. Account of a very affections distemper prevailing in many places (Essays physical and litterary of Edinburg, 1771, t. III, p. 154).

signé le résultat de ses recherches dans un ouvrage qui doit aujourd'hui servir de guide pour l'étude de cette question (1). M. Bœck reprenant l'opinion, déjà émise par Hans, Munck, Sundius, Nicolaï Arbo, etc., rattache la radesyge à la syphilis, et démontre la nature différente et véritablement lépreuse de la spedalsked ou lèpre du Nord. Cette distinction était d'autant plus importante que, pendant longtemps, il a régné une grande confusion entre les endémies lépreuses et les endémies syphilitiques. Les caractères attribués aux diverses maladies, dont nous venons de parler, leur contagion évidente et leur origine souvent vénérienne, l'ensemble de leurs symptômes analogues à ceux de la syphilis (ulcérations des parties génitales, boutons et ulcérations de la gorge, accidents cutanés polymorphes, céphalée, douleurs ostéocopes, exostoses, lupus, etc.), les feront aisément remettre à leur véritable place. Nous renvoyons, du reste, à un excellent mémoire de M. Rollet, de Lyon (2), dans lequel cet habile observateur, si compétent en matière de syphilis, a passé ces maladies litigieuses de la peau au crible d'une critique saine et judicieuse, et a démontré une fois de plus leur nature syphilitique. Nous souscrivons entièrement à ses conclusions pour les affections que nous venons d'énumérer; mais il n'en est plus de même pour certaines maladies exo-

(1) Bœck. Traité de la Radesyge. Paris et Christiana, 1860.

(2) Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques qu'il convient de rattacher à la syphilis, par J. Rollet, chirurg. de l'Antiquaille de Lyon (Archives générales de médecine, 5e série, t. XVII, janvier, février et mars 1861).

tiques, qu'il a voulu rattacher aussi à la syphilis, mais sur la nature desquelles le doute n'est pas entièrement dissipé. Nous voulons parler du *bouton d'Amboyne* et *du pian* ou *frambœsia*.

La *vérole d'Amboyne* (Amboynense pocken), décrite par Bontius en 1642 (1), est une affection cutanée observée aux îles Moluques, et rapportée par Alibert et M. Bazin au mycosis fongoïde. Mais nous nous sommes reporté au texte original, et nous devons avouer que la description de Bontius nous paraît beaucoup trop incomplète pour en tirer une conclusion absolue. Aussi, malgré les auteurs cités plus haut, nous lui refusons toute analogie avec notre mycosis fongoïde : nous serions porté davantage à la regarder, avec M. Rollet, comme une affection syphilitique ; ce que Bontius a d'ailleurs entrevu lui-même, et ce que semble confirmer l'efficacité d'un traitement antisyphilitique.

Il est une dernière maladie exotique, qui a donné lieu à bien des discussions : c'est le *pian* ou *frambœsia :* on en a rapproché quelquefois le mycosis fongoïde sous le nom de *pian fongoïde :* c'est à cause de cette confusion que nous croyons nécessaire d'en parler. Le pian (*frambœsia, yaws*, *bobas*, etc.) est une affection commune en Guinée et dans les régions équatoriales de l'Afrique, et qui attaque surtout la race nègre. Etudié par Pison, Huns, Adams, Thompson, Leva-

(1) Jac. Bontii, in Indiy archiatri de medicina Indorum, lib. IV, Lugduni Batavorum, apud Franciscum Hachium, 1642, in-12, chap. 19, p. 185. Reproduit dans : Pison, De Indiæ utriusque re naturali et medicina, lib. XIV, Amsterdam, 1658.

cher, Sigaud, Paulet, etc. (1), il a été regardé par les uns comme une maladie spéciale aux pays chauds, par les autres comme une forme de la syphilis modifiée par le climat. Il est caractérisé par des tumeurs multiples et fongueuses dont on trouve la description dans tous les traités de pathologie. La contagion par le coït, l'inoculation du pian reproduisant la même maladie (Thompson), les éruptions variées sur la peau et les muqueuses, les douleurs ostéocopes, l'utilité du traitement mercuriel, etc., semblent le rattacher à la syphilis : ce serait une forme de syphilis modifiée par le climat, avec tendance à végéter et à produire des condylomes. M. Rollet (2), qui regarde le pian comme syphilitique avec Swediaur, Lagneau, etc. (3), exprime à cet égard l'idée que la syphilis se modifie avec le climat et la race, et que le pian ou syphilis du midi ne diffère pas plus de la syphilis du centre de l'Europe que la radesyge ou syphilis du nord. Mais l'opinion opposée qui compte pour elle Hunter, a été défendue récemment par MM. Sigaud et Paulet (4), qui

(1) Voy. sur le Pian. Thompson. Edinburgh med. and surg Journal, t. XV, p. 32. — Levacher (de la Feutrie). Mémoire lu à l'Acad. des sciences, 10 juin 1839, et Guide médical des Antilles, Art. Pian. — Roulin, mémoire lu à l'Acad. des sciences, 22 juillet 1839, et Gaz. méd. de Paris, 1839, p. 475. — Paulet. Archives génér, de méd., 4e série, t. XVII, p. 393. — Sigaud, Annales des maladies de la peau et de la syphilis, t. II, p. 83, et les traités classiques : Requin. Pathologie médicale, t. III, p. 543. Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau, t. II, art. 1398-1407. Gibert, Traité des maladies de la peau, 3e édition, t. I, p. 556, etc., etc.

(2) Loc. cit., p. 291-298.

(3) Swediaur, Traité des malad. syphilit., t. II, chap. 15.

(4) Sigaud, loc. cit. — Paulet, loc. cit.

regardent le pian comme une maladie spéciale aux pays chauds et particulièrement à la race nègre : ces derniers, médecins de la marine, ont pu étudier la maladie aux lieux mêmes où elle règne : leurs convictions sont donc d'un grand poids. En face de cette question, si controversée, on comprendra que nous restions dans la plus grande réserve, attendant des observations ultérieures la solution des questions en litige.

Nous n'avons pas à nous occuper de quelques autres affections cutanées, spéciales à certaines contrées (*bouton d'Alep*, *de Biskra*, *ulcère de Cochinchine*, etc.), et sans rapport avec notre sujet. Nous terminerons donc ici cette revue rapide, mais qui nous paraît suffisante pour éclairer un point, d'ailleurs accessoire, de notre étude.

---

## CHAPITRE VI.

### TRAITEMENT.

L'opinion à laquelle nous nous sommes arrêté sur la nature du mycosis fongoïde, nous permet de tracer la voie dans laquelle doit être dirigé le traitement. Malheureusement, la lymphadénie cutanée doit partager le triste pronostic des autres affections lymphadéniques : tous les cas publiés se sont, en effet, terminés par la mort.

Cependant, le médecin ne doit pas perdre courage en face d'un mal qui défie ses efforts. Espérons que les progrès de la science, en nous éclairant sur la pa-

thogénie des maladies, nous permettra de lutter contre elles avec succès, et c'est alors que la connaissance de la nature de la lymphadénie pourra servir à instituer un traitement rationnel. En attendant, nous devons employer les moyens thérapeutiques les moins incertains que nous aient transmis nos maîtres et prédécesseurs; et même, à une période avancée de la maladie, mettre en usage les méthodes de traitement qui ont été suivies, sinon de guérison complète, du moins d'amélioration marquée, contre la leucémie et l'adénie.

La lymphadénie entraînant un état anémique particulier, une cachexie progressive, on a tout d'abord employé contre elle les préparations ferrugineuses, le quinquina, les analeptiques, un régime réparateur, etc. : c'est le fond du traitement.

Le sulfate de quinine, employé pour agir sur la rate qu'on supposait être le point de départ du mal, est resté inefficace.

Ce sont les modificateurs généraux et puissants, les traitements thermal et hydrothérapique, aidés d'un régime convenable, qui ont rendu le plus de services : c'est à eux qu'il conviendra de s'adresser dès que le diagnostic aura été posé. Trousseau (1), Hérard (2), Niemeyer (3), sont unanimes pour accorder une grande confiance aux eaux minérales bromo-iodurées : eaux de mer, eaux de Kreuznach, de Nauheim, Lavey, Saxon, etc. M. Cossy a vu un malade atteint d'adénie

(1) Clinique médic., t. III, p. 580.
(2) Union médic., 1er août 1865, p. 214.
(3) Traité de pathol. et de thérapeut., 2e édit., t. I, p. 751.

se bien trouver des eaux de Lavey administrées à l'intérieur jusqu'à effet laxatif, en même temps qu'à l'extérieur on employait les douches froides et chaudes, le massage, etc. ; les tumeurs ganglionnaires avaient notablement diminué. Trousseau recommande particulièrement les eaux de Saxon, à cause de la forte proportion des éléments minéralisateurs (33 gr. d'iodures et 10 gr. de bromures, pour un bain de 300 litres).

Signalons en passant l'heureux effet de la *décoction de Zittmann* (tisane de salsepareille composée), employée par Niemeyer contre une lymphadénie ganglionnaire dont les tumeurs disparurent ; le malade, soumis ensuite à l'hydrothérapie, avait repris « un état florissant, » mais la maladie reparut, et finit par l'emporter. En se rappelant la diminution de volume des lymphadénomes sous l'influence de la diarrhée, on pourra s'expliquer l'heureux effet de la tisane de Zittmann, qui est légèrement purgative, ainsi que celui des eaux minérales que nous avons indiquées.

Quant aux lymphadénomes cutanés à leur période d'ulcération, la fétidité des liquides qui en découlent, réclame un pansement désinfectant au chlorure de chaux ou à l'acide phénique, etc. ; puis, on cherchera à réveiller la vitalité des plaies, et l'on activera leur cicatrisation par des pansements réguliers au vin aromatique, ou par l'application de topiques excitants et modificateurs, que l'on pourra varier suivant les indications particulières.

---

## Observations.

### OBSERVATION 1re.

Miycosis fongoïde. — Mort. — Autopsie. — Examen micrographique. (Observation personnelle.)

Battet (Julienne), femme Poisson, mercière, âgée de 42 ans, née en Normandie, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 33 (service de M. le docteur Hillairet), le 18 nov. 1868, — morte le 14 déc. 1868.

*Renseignements fournis par la malade :* Son père est mort à 42 ans d'une maladie de poitrine, probablement de phthisie pulmonaire ; sa mère, morte à 62 ans, a toujours été bien portante, n'a jamais eu d'affections cutanées, ni maladies utérines, ni rhumatismes.

Il y avait sept enfants dans la famille : deux d'entre eux sont morts en bas âge : une fille est morte à 24 ans de la poitrine, une autre a également succombé à 45 ans d'une maladie de poitrine, après des hémoptysies abondantes ; un frère de la malade est mort à 19 ans de fièvre typhoïde ; un second frère, à 24 ans, de phthisie pulmonaire : tous avaient eu dans leur enfance des gourmes dans la tête ou des ganglions strumeux : pas de rhumatisme.

Dans ses premières années, Julienne Battet a eu également de la gourme et de l'engorgement des ganglions cervicaux sans ulcérations. Réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été régulière jusqu'à ces derniers temps. — Mariée à 28 ans, elle n'a eu qu'une seule couche, quinze mois après ; son enfant, bien portant à sa naissance, est mort en nourrice. Le mari jouit d'une excellente santé : il n'a jamais eu de maladies de peau ni de maladies vénérienne.

La malade elle-même était robuste, et d'un certain embonpoint, très-vive, impressionnable, nerveuse, elle n'a cependant jamais eu d'accidents nerveux ; jamais non plus de rhumatisme, ni de migraine, mais souvent de la gastralgie. Elle a eu à subir des privations dans son enfance, sans que sa santé en ait été altérée.

Depuis son mariage, elle était dans de bonnes conditions hygiéniques, mais elle a éprouvé de nombreux et violents chagrins dans le cours de sa vie. Jamais d'accidents syphilitiques.

Elle n'avait donc jamais été sérieusement malade quand les premiers accidents se manifestèrent du côté de la peau : leur début remonte à cinq ans. Elle s'aperçut d'abord de l'existence, autour du nombril, d'une rougeur diffuse, large comme la main et siége de vives démangeaisons; sur cette plaque rouge, il se fit même un peu de suintement sans odeur, tachant légèrement le linge : peu après des taches rouges analogues, irrégulières, survinrent successivement sur les membres inférieurs, principalement aux cuisses ; elles étaient également le siége de prurit ; il se formait parfois, après le grattage, des croûtes jaunâtres, peu épaisses, se détachant au bout d'un certain temps et laissant une surface d'un rouge vif, non ulcérée; puis, après quelques desquamations furfuracées, la peau finissait par reprendre son aspect normal primitif. Des plaques semblables se montrèrent çà et là par poussées successives sur la face et sur diverses régions du corps. La longue durée de cette affection détermina la malade à entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Hillairet, il y a quatre ans. On diguostiqua un eczéma, et on institua un traitement en conséquence (poudre d'amidon, bains, etc.). Après deux mois de séjour, elle sortit de l'hôpital presque entièrement guérie; mais, six mois après, l'affection était de nouveau survenue avec une ténacité désespérante, et la malade rentra dans le service de M. Hillairet, où elle resta de nouveau pendant trois mois. A cette époque, l'aspect de l'affection avait notablement changé de forme : sur la tête, le dos, le ventre, les membres, étaient disséminés des placards irréguliers, les uns identiques aux taches congestives du début, les autres formant des plaques plus petites, nummulaires pour la plupart, très-sensiblement saillantes à la surface de la peau, rugueuses et recouvertes de squames très-sèches, *lichénoïdes*, en un mot. démangeaisons toujours très-vives. On lui donna de la solution arsenicale à prendre à l'intérieur, aidée de topiques, poudre d'amidon, etc., le tout sans grand résultat. A sa sortie, elle était seulement un peu améliorée.

Depuis la sortie de l'hôpital, la maladie reprit sa marche toujours ascendante, mais avec intervalles d'amélioration passagère: néanmoins l'état général restait satisfaisant.

Il y a dix-huit mois, apparition de tumeurs : la maladie entre dans une nouvelle phase. Des grosseurs se montrèrent sur la poitrine, notamment sur le sein gauche; non-seulement elles formèrent des tumeurs cutanées, mais le sein gauche tout entier augmenta de volume et de consistance. Au bout de cinq mois, il avait acquis le volume d'une tête d'enfant : la masse entière était mobile au devant des parois thoraciques ; la peau était tendue, mais avait gardé sa coloration normale, sans vascularisation notable, et était surmontée de petites grosseurs mamelonnées; puis il se fit plusieurs ulcérations à la surface du sein malade : deux d'entre elles surtout s'agrandirent rapidement à la suite de l'application d'une pommade irritante. Ces ulcères donnèrent issue pendant longtemps à une abondante suppuration, entraînant avec elle de longs filaments grisâtres de tissu cellulaire mortifié. Les tumeurs du sein *fondirent* rapidement, selon l'expression de la malade, et les ulcères se cicatrisèrent complétement. A aucune époque, il n'y eut de douleurs vives.

Pendant l'évolution que nous venons de raconter de la tumeur du sein, d'autres grosseurs étaient apparues en nombre considérable : d'une part, sous l'aisselle gauche, correspondant au sein malade; d'autre part, sur la poitrine et l'abdomen. A partir du moment où le sein parut se guérir, il y a huit mois, les tumeurs se généralisèrent et revinrent par poussées successives autour du nombril, sur le sein droit, l'épaule, et presque toute la surface du corps. Plusieurs d'entre elles se sont ulcérées; mais, ce qu'il importe de signaler, c'est ce singulier phénomène de rétrocession qu'elles ont présenté pendant tout le cours de leur évolution. Un grand nombre d'entre elles, après avoir acquis des dimensions variables, quelquefois le volume d'un œuf, diminuaient rapidement et disparaissaient presque sans laisser de traces; c'est ainsi que deux tumeurs du volume du poing, qui existaient, dit la malade, aux régions inguinales, auraient diminué des trois quarts de leur volume depuis quinze jours, à la suite de diarrhée. Jamais aucune de ces tumeurs n'a été le siége d'élancements, de cuisson, de douleur à aucune époque.

La malade continuait à présenter en même temps des plaques rouges ou lichénoïdes, siége de vif prurit, entremêlées aux tumeurs de la peau.

L'état général s'était maintenu bon pendant longtemps ; aucun trouble fonctionnel sérieux que la privation du sommeil presque

complète. Mais, à partir de la généralisation des tumeurs (il y a huit mois), la santé a commencé à s'altérer : amaigrissement rapide, perte des forces, suppression complète des règles jusque-là régulières ; depuis quelques jours, tendance à la diarrhée ; perte d'appétit ; séjour absolu au lit depuis un mois. C'est alors qu'elle se décide à rentrer de nouveau à l'hôpital Saint-Louis.

Voici *l'état actuel* de la malade au 19 novembre 1868, le lendemain de son entrée à l'hôpital :

Amaigrissement considérable de la face et de tout le corps, surtout des membres : saillies osseuses apparentes sous la peau ; les parties de la face, qui ne sont point malades, sont pâles, d'une teinte cireuse, mate, bien différente de la teinte jaune paille des cancéreux.

Toute la surface du corps est malade, mais à des degrés différents. Nous allons décrire les caractères des formes variées des affections cutanées, taches, excroissances, ulcères, cicatrices ; puis nous indiquerons leur répartition à la surface de la peau.

1° *Taches*. Elles se présentent sous deux aspects, *taches congestives* et *plaques lichénoïdes*. — Les *taches congestives*, qui ont existé seules et en grand nombre au début de la maladie, se voient encore à la face, et principalement sur les membres ; elles sont disposées en forme de placards irréguliers, disséminés, rouges, sans saillie au-dessus de la surface cutanée, recouvertes de rares squames fines et de quelques papules prurigineuses, écorchées à cause de leur vive démangeaison ; elles ne sont suintantes nulle part ailleurs que vers la partie supérieure et interne des cuisses et dans le sillon interfessier.

Dans le cours de leur évolution, elle deviennent de plus en plus sèches, squameuses et se transforment par place en *plaques lichénoïdes*. Celles-ci sont aujourd'hui très-nettes à la face et sur les membres supérieurs. Elles sont nummulaires ou en croissant ; peu étendues, formant une saillie à la surface de la peau ; elles paraissent formées par un épaississement et une induration de tout le derme ; elles offrent une coloration d'un rouge sombre très-prononcé ; leur surface est très-rugueuse et recouverte de petites squames très-sèches, nombreuses et très-adhérentes.

2° *Excroissances*. — C'est l'élément qui domine actuellement : on en trouve sur tout le corps excepté à la tête ; ces excroissances se développent sur tous les points qui ont été malades auparavant.

Elles varient beaucoup de volume et de disposition. On en trouve de toutes les grosseurs, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule et même davantage. La plupart d'entre elles sont grosses comme une noisette ou une amande, globuleuses ou ovoïdes, solitaires et disséminées ou bien réunies sur quelques points en groupe et juxtaposées, formant des surfaces mamelonnées, comme on en voit une sur le côté gauche de la poitrine. Les plus grosses sont constituées par la réunion de plusieurs excroissances confondues par leur base et formant ainsi une volumineuse tumeur dont la surface, irrégulièrement multilobée, rappelle assez bien l'aspect des tomates. Ces grosses tumeurs sont toutes ulcérées en ce moment.

Quelle que soit la dimension de ces excroissances, elles présentent toutes les mêmes caractères. Leur siége paraît être exclusivement cutané; en les soulevant à leur base, on sent que l'induration occupe toute l'épaisseur de la peau, mais ne la dépasse pas ; partout on peut les faire mouvoir sur les parties sous-jacentes. Quand elles ne sont pas ulcérées, leur surface est lisse, dun rouge légèrement violacé, sur certains points, d'une teinte cuivrée ; elles présentent un aspect tout particulier comme œdémateux ; cependant elles ne gardent pas l'empreinte du doigt, et ne s'affaissent pas à la pression Leur consistance est ferme, sans dureté, douée d'une certaine élasticité. On ne voit aucun vaisseau dilaté ramper à leur surface.

3° *Ulcérations.* — Petites ou grosses, les excroissances nous offrent, sur beaucoup de points, des ulcérations. Sur les tumeurs isolées, il se forme au sommet une petite ulcération qui s'agrandit rapidement, et devient un petit ulcère de 1|2 centimètre à 2 centimètres de diamètre, très-régulièrement circulaire, taillé comme à l'emporte-pièce, à bords franchement à pic, sans décollement, rouges, et sans induration calleuse ; cet ulcère est peu profond, et son fond est recouvert d'une matière grisâtre, pultacée. Sur les grosses tumeurs, les ulcérations deviennent énormes ; leurs bords, festonnés prouvent manifestement qu'elles sont formées par la réunion d'un grand nombre d'ulcères primitifs, devenus confluents ; les bords sont également perpendiculaires et très-nets ; le fond de ces vastes ulcérations est anfractueux, fongueux, couvert de pus ; sur les plus volumineuses, la peau est entièrement détruite et l'ulcération a gagné le tissu cellulaire sous-cutané, dont on voit des lambeaux grisâtres ou noirâtres sphacélés

se détacher du fond de la plaie; ils sont baignés dans un pus sanieux très-abondant, et d'une odeur extrêmement fétide, particulière, différente de l'odeur du pus cancéreux.

4° *Cicatrices.* — Lorsque les tumeurs, après avoir acquis un certain volume, rétrocèdent, s'affaissent et disparaissent sans ulcération, elles laissent à leur place des surfaces très-légèrement déprimées, blanchâtres, lisses, au niveau desquelles la peau paraît amincie, atrophiée : ce sont des taches irrégulières, entourées d'une auréole d'un brun cuivré, qui rappellent, jusqu'à un certain point, les cicatrices syphilitiques superficielles ; cependant nous devons dire que ce ne sont pas de véritables cicatrices, mais des macules au centre desquelles la peau paraît seulement amincie et dépourvue de pigment, mais sans altération appréciable de structure ni tissu inodulaire. On observe ces surfaces en grand nombre sur le devant de la poitrine, à laquelle elles donnent un aspect marbré singulier.

Au sein gauche et sous l'aisselle, existent de vraies cicatrices inodulaires, déprimées, rétractées, résultant de vastes pertes de substance antérieures, et n'ayant rien de spécial.

Voyons maintenant comment ces différents éléments sont répartis sur les diverses régions du corps.

C'est sur le tronc, et principalement sur la poitrine et l'abdomen que l'affection a atteint son maximum de développement. La peau du ventre est parsemée d'une quantité d'excroissance de toutes grosseurs, et à toutes les périodes de leur évolution : deux masses fongoïdes volumineuses siégeant, l'une au niveau de l'ombilic, l'autre sur la crête iliaque droite, formées par la coalescence de plusieurs tumeurs, sont le siége de deux vastes ulcérations. Sur la poitrine, le sein droit est de dimensions normales: la glande est souple, mobile; la peau qui la recouvre est seulement bosselée par la présence de plusieurs tumeurs réunies autour du mamelon et non ulcérées. Le sein gauche présente un aspect bien différent : il est déprimé, élargi, transformé tout entier en une tumeur bosselée, qui s'avance jusqu'à la partie médiane du sternum ; le mamelon intact est déjeté tout à fait à gauche; deux profondes cicatrices inodulaires sillonnent la tumeur et indiquent la place des anciennes ulcérations. Le sein est fortement adhérent à la paroi thoracique, et sans mobilité aucune ; il est d'une consistance presque ligneuse : à sa surface la peau est ntimement unie au tissu sous-jacent, et ne peut se plisser; elle

est d'un rouge violacé, marbrée de vaisseaux nombreux et développés ; elle ne présente de ramollissement en aucun point, mais seulement deux ulcérations larges de 2 centimètres et superficielles, ne différant nullement par leur aspect des autres ulcérations. A la partie médiane de la poitrine et de l'hypogastre la peau est marbrée de taches blanchâtres, lisses, déprimées, entourées d'une auréole cuivrée irrégulière, vestiges cicatriciels d'anciennes tumeurs disparues sans ulcération. — Les ganglions des aisselles sont engorgés, volumineux, surtout à gauche où à la partie inférieure et externe de l'aisselle existe un ulcère profond, large, à bords décollés, à fond gangréneux, semblant résulter de la fonte d'un ganglion.

La partie postérieure du tronc est beaucoup moins malade que l'antérieure ; le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux par suite du décubitus dorsal. La peau est criblée de petites tumeurs grosses comme des pois, des noisettes, les unes entières, lisses, les autres ulcérées et séparées par de nombreuses plaques rouges, excoriées même et suintantes sur les points pressés dans le décubitus dorsal.

*Membres supérieurs.* — L'épaule droite et la partie externe du bras droit sont occupées par une énorme tumeur ulcérée, longue de 18 centimètres sur une largeur de près de 10 centimètres, développée depuis six mois. Cette ulcération baignée d'un pus extrêmement fétide, à aspect gangréneux noirâtre, paraît très-profonde ; cependant on constate facilement qu'elle ne dépasse point le tissu cellulaire sous-cutané ; les muscles sont intacts, et les mouvements de l'épaule libres. Sur le reste du bras droit, ainsi que sur tout le membre supérieur gauche, on voit quelques tumeurs de petit volume, un certain nombre de plaques lichénoïdes très-nettes, et de nombreuses papules de prurigo excoriées et recouvertes de croûtes noirâtres. Les mains sont saines, mais autrefois elles ont été le siége d'affections eczémateuses, et les ongles surtout de la main gauche sont jaunâtres, rugueux, déformés et amincis.

Les *membres inférieurs* sont moins malades : la maladie paraît y être moins avancée : sur les jambes et les cuisses surtout, on voit des surfaces d'un rouge vif, d'apparence eczémateuse, fendillées et recouvertes de petites squames, saillantes par places, indurées, rugueuses, lichénoïdes, et quelques rares excroissances

de petit volume, d'une coloration rouge sombre, plus foncée que partout ailleurs. Les pieds ne sont point malades.

*Les régions inguinales* sont occupées par deux tumeurs du volume d'un œuf de poule, celle de gauche ulcérée : ces tumeurs qui paraissent ganglionnaires sont adhérentes à la peau, élastiques non fluctuantes : au dire de la malade, elles étaient trois fois plus grosses il y quelque temps.

*A la face,* pas de tumeurs ; mais plaques rouges circonscrites, nummulaires. les unes saillantes, indurées, à squames adhérentes, *lichénoïdes ;* les autres non saillantes, ressemblant à la surface de certains eczémas, mais sèches et d'un rouge sombre.

*Les sourcils* sont entièrement tombés. Les cheveux ne paraissent pas altérés : le cuir chevelu ne présente aucne croûte, ni tumeur. — Le pubis et les aisselles sont entièrement glabres, les poils étant tombés depuis que ces régions ont été atteintes par la maladie.

L'anus est entouré d'excoriations superficielles suintant abondamment : pas d'hémorrhoïdes.

Aucune altération des muqueuses, ni de la bouche, ni de la langue, ni des gencives, ni des dents, ni des parties génitales externes.

Les fonctions de la peau ne sont pas notablement altérées : la sensibilité cutanée existe partout, mais cependant il est vrai de dire que la piqûre sur les tumeurs et sur les cicatrices paraît moins sensible que sur le reste de la peau : elle ne paraît pas diminuée sur les plaques lichénoïdes.

La transpiration cutanée est toujours restée abondante même sur les parties malades : la peau est chaude et moite. Aucune des tumeurs de la peau, pas même celles du sein gauche, n'ont été à aucune époque le siége de douleurs vives ou lancinantes : il n'y a jamais eu que de la démangeaison.

*Symptômes généraux.* — La malade ne tousse pas habituellement, n'a jamais eu d'hémoptysie ; l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal qu'un peu de rudesse de l'expiration au sommet droit.

Pouls faible, mou, à 112 ; au cœur, bruit de souffle anémique très-doux au premier temps.

Appétit conservé : il y a eu, il y a trois semaines, une diarrhée

glaireuse, qui a duré quinze jours, et a amené à sa suite l'affaissement de plusieurs tumeurs.

Urine normale.

Insomnies pénibles à cause des démangeaisons et de cauchemar.

Perte des forces et amaigrissement depuis huit mois, c'est-à-dire depuis la généralisation des tumeurs.

20 novembre. On soumet la malade à un régime tonique : vin de quinquina. — Bordeaux. — Analeptiques, etc. — Les plaies sont lavées trois fois par jour au chlorure de chaux et recouvertes de cataplasmes d'amidon : la fétidité disparaît rapidement, et l'odeur fade, légèrement gangréneuse, devient très-supportable.

Le 21. M. Bazin appelé à voir la malade, diagnostique sans hésiter du *mycosis fongoïde* à sa troisième période : il dit avoir vu plusieurs cas analogues, mais dans aucun les ulcérations n'étaient aussi profondes et aussi étendues. — M. le professeur Hardy regarde l'affection comme une dartre dégénérée, un *lichen hypertrophique*. — On s'accorde à regarder la tumeur du sein gauche comme *cancéreuse*, à cause de son aspect particulier.

Le 22. On fait mouler la tête, le tronc et un bras de la malade par M. Baretta, mouleur de l'administration, afin de déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis le moulage de cette curieuse affection. L'opération est longue : la malade se trouve mal à deux reprises, et est très-fatiguée à la suite. — Le soir : peau chaude, couverte de sueur ; pouls à 112 ; langue sèche ; oppression due sans doute aux fatigues du moulage. — Depuis une quinzaine de jours, du reste, il y aurait chaque soir un mouvement fébrile suivi de sueurs se prolongeant une partie de la nuit.

25. On assiste au spectacle curieux de la disparition rapide de plusieurs tumeurs. Deux tumeurs, grosses comme des noix, siégeaient au flanc droit, et d'autres, plus petites, disséminées sur l'abdomen, se sont affaissées depuis quatre à cinq jours ; les plus grosses ne forment plus aujourd'hui que des saillies légères à la surface de la peau ; les plus petites ont disparu en laissant une simple rougeur à leur place. Affaissement également notable des tumeurs des aines et de la grosse tumeur ulcérée de l'ombilic. La vaste ulcération de l'épaule droite s'est encore agrandie : au fond existent des lambeaux de tissu cellulaire baignés de pus noi-

râtre. Quelques ulcérations superficielles de la poitrine se dessèchent et se cicatrisent ; et, malgré leur apparente profondeur, la cicatrice est à peine déprimée : cela tient au gonflement comme œdémateux de ces tumeurs.

La faiblesse augmente ; l'appétit se perd. Redoublement fébrile le soir. OEdème très-prononcé du membre supérieur droit et de tout le côté droit sur lequel la malade se couche de préférence. OEdème moins prononcé des pieds et du dos. L'urine, examinée avec soin, ne renferme ni albumine ni sucre.

28. Disparition de plus en plus marquée des tumeurs de l'abdomen ; il semble qu'on les voit fondre. Diarrhée ; prostration. La malade s'alimente à peine. Pas de sommeil. — Toniques : pilules thébaïques de 5 centigr. le soir.

29. Pouls à 100. très-faible, sans résistance, régulier. Température axillaire, 37°,2.

2 décembre. OEdème augmenté, ascite, affaiblissement progressif. Pouls à 112. — Température axillaire, 37°,2. Potion avec alcool, 30 gr.

4. La grande plaie de l'épaule droite se déterge, ses bords s'affaissent ; à son centre, existe une grosse fongosité d'un noir violacé, qui paraît se sphacéler, rappelant tout à fait la comparaison d'Alibert, « d'un fruit pourri sur l'arbre qui le porte. »

8. Diarrhée persistante, malgré le traitement (diascordium, sous-nitrate de bismuth), selles fétides. Cette diarrhée paraît en rapport avec la disparition des tumeurs.

On essaye, à l'aide de petits fragments de tumeurs enlevés avec un trocart à harpon, de pratiquer un examen micrographique de leur tissu, mais sans résultat précis à cause de l'insuffisance de ces fragments. L'examen du sang au microscope ne révèle pas d'augmentation anormale du nombre des globules blancs.

11. Affaiblissement extrême ; diarrhée incoercible. Muguet à la bouche.

14. La malade s'est éteinte ce matin.

15. *Autopsie* pratiquée trente heures après la mort.

Rigidité cadavérique peu prononcée.

La coloration rouge des plaques eczémateuses et lichénoïdes a disparu. Les tumeurs se sont singulièrement affaissées ; une partie d'entre elles ont disparu à peu près complétement ; les plus volu-

mineuses seules persistent, mais après avoir beaucoup diminué de volume.

En enlevant les parties de la peau où siégent ces tumeurs, on voit que celles-ci occupent toute l'épaisseur de la peau, mais ne la dépassent pas; sur les points seulement où il y a eu des ulcérations profondes, la perte de substance a pénétré jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Le sein gauche forme une masse aplatie, dure, mais dans laquelle on ne distingue plus la forme ni le tissu de la glande qui semble remplacée par du tissu cellulaire plus dense qu'à l'état normal. La tumeur adhère aux côtes et au sternum par une couche de tissu fibreux, nacré, très-résistant, mais nulle part les parties osseuses ne sont altérées en quoi que ce soit. Le tissu adipeux est très-peu abondant.

*Cavité thoracique.* Les cavités pleurales des deux côtés renferment un liquide séreux en notable quantité. Le poumon droit est retenu à la plèvre pariétale par des adhérences faciles à rompre. Les deux poumons sont sains, excepté le sommet du poumon droit qui renferme une masse indurée peu volumineuse; la coupe fait voir qu'elle est composée de petits noyaux tuberculeux autour desquels il y a une atmosphère peu étendue de pneumonie caséeuse.

Le péricarde renferme très-peu de liquide. Le cœur est petit, pas de caillots dans ses cavités, ni dans les gros vaisseaux; hypertrophie notable des parois du ventricule gauche.

*Cavité abdominale.* Intestins presque vides, affaissés, sains. A la partie inférieure de l'intestin grêle, quelques plaques de Peyer un peu injectées; en quelques points, des follicules sont saillants et augmentés de volume.

Foie volumineux, non déformé, d'un jaune d'acre, paraissant uniformément graisseux dans toute son étendue. Vésicule biliaire distendue par de la bile épaisse, noirâtre, ressemblant à du raisiné.

Pancréas normal.

Rate légèrement augmentée de volume, non ramollie, paraît normale à la coupe. Cependant le tissu est dense, plus résistant qu'à l'état ordinaire; il semble que cet organe ait augmenté de consistance et que les trabécules soient épaissies. A la queue du pancréas adhère une petite rate surnuméraire de la grosseur d'une noix.

Les deux reins ont un aspect normal extérieurement : leur tunique fibreuse s'enlève facilement, et alors la surface du sein paraît jaunâtre par places. A la coupe, ils présentent les caractères d'une altération graisseuse peu avancée.

Utérus et annexes normaux.

*Système lymphatique ganglionnaire.* Les ganglions lymphatiques présentent presque partout des altérations. Les ganglions axillaires et inguinaux sont très-développés ; ceux des aines ont atteint même le volume d'un œuf de poule : ils présentent à la section un aspect rosé ou rouge foncé, selon leur degré de congestion. Les ganglions iliaques externes sont également volumineux, gros comme des noix ; leur coupe est rosée, granuleuse. Les ganglions abdominaux sont partout développés, quoiqu'à un moindre degré. Ceux de la poitrine, au contraire, ont leurs dimensions normales, ainsi que ceux du cou.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Voyez plus haut, le résultat de l'examen histologique pratiqué par M. le D^r^ Ranvier, p. 37.

## OBSERVATION II.

(Alibert, Monographie des dermatoses, t. II, p. 425.)

Nous avons vu à Paris le nommé Lucas, âgé de 56 ans, né d'un père très-robuste ; mais sa mère avait porté au visage un ulcère chancreux, qui fut guéri par l'application d'un caustique ; on ajoute même qu'il avait eu un frère qui mourut, à quelques lieues de Versailles, par les progrès d'une maladie cutan e, laquelle fut constamment méconnue par les chirurgiens dont il réclama les soins. Quant à l'affection extraordinaire de Lucas, elle débuta par une éruption furfuracée, qui n'offrit d'abord aucun symptôme alarmant ; peu de temps après, il se développa, sur différentes parties du corps, de petits tubercules, offrant une surface lisse et comme vernissée, sans changement de couleur à la peau. Quelques uns néanmoins présentaient une légère couleur brunâtre ; ils avaient leur siége sur divers points de la face, tels que le front, les sourcils, les paupières, le nez, les joues, la lèvre supérieure dans toute son étendue, le menton, etc. ; il en survin également aux aines, aux aisselles, aux jarrets, à la hanche droite, la partie interne des cuisses, aux jambes, etc. Ces tuberculest

ressemblaient d'une manière parfaite à des morilles ou aux champignons désignés sous le nom d'agarics; ils se multipliaient à un tel point, que nous en comptâmes quatorze sur le visage; ils reposaient sur une grande base et présentaient une contexture spongieuse; ils fournissaient une humeur roussâtre qui teignait le linge tantôt en vert tantôt en jaune. Cette humeur devenait concrète par l'action de l'air, et formait à leur surface une couche croûteuse de couleur brune ou grisâtre, s'enlevant d'elle-même après dessiccation. La plupart de ces tumeurs finissaient par se crever et s'affaisser sur elles-mêmes; elles laissaient à leur place une peau flétrie et inerte que la fille de Lucas coupait patiemment avec des ciseaux, sans que jamais elle ait contracté aucun vice analogue à celui de son malheureux père, et sans que celui-ci éprouvât la moindre douleur.

Quelques-unes de ces tumeurs avaient une forme arrondie de la grosseur d'une aveline; d'autres étaient oblongues et simulaient assez bien des pommes de terre ou des champignons. A la suite d'un vif chagrin, il survint des vésicules qui marchèrent rapidement à leur maturité, et qui n'étaient ici qu'un symptôme secondaire. La maladie s'accrut considérablement. Lucas fut malade cinq ans, et languit sept mois dans son lit. Il éprouvait des douleurs lancinantes dans les ulcères formés par la décomposition des tubercules; il devint d'une maigreur extrême, et se trouvait à la fois tourmenté par la lientérie et par un appétit vorace; il s'éteignit enfin dans les langueurs de la fièvre hectique. L'autopsie ne put être faite.

## OBSERVATION III.

(Bazin, Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles, p. 375.)

Charles-Nicolas Herbette, âgé de 60 ans, tailleur à Abbeville, entré le 10 juillet 1860. Le malade est d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin ; il n'a jamais eu de maladie grave. L'affection qui l'amène à l'hôpital est, sans contredit, l'une des plus extraordinaires qui puissent se présenter à l'observation du médecin.

Cette affection date de trois ans environ. Son siége est à la partie postérieure du tronc, du côté gauche. Elle commença, dit-il, par des *lames rouges*, au nombre de deux à trois, vertica-

lement étendues, larges de deux travers de doigt, légèrement saillantes, dès leur début, au-dessus du niveau de la peau. Ces lames rouges étaient accompagnées de picotements, de démangeaisons, et *lardements*, pour nous servir de son expression. Après avoir persisté pendant tout l'été de 1857, elles s'éteignirent et disparurent pendant l'hiver, mais d'une manière incomplète. et en laissant un peu de rougeur. En mars suivant, tout reparaît, et avec plus d'intensité; les raies rouges se dessinent plus nettement, leur saillie est plus manifeste; elles se gonflent sur certains points, et des solutions de continuité s'établissent, qui bientôt se recouvrent de croûtes ; les douleurs ont une vivacité et une persistance qu'elles n'avaient pas l'année précédente. Cependant le retour de l'hiver provoque encore une diminution considérable de tous les symptômes, mais l'amendement est moins complet, et la lésion, après avoir, pour ainsi dire, sommeillé tout l'hiver, reprend son activité et sa marche envahissante en 1859 ; la tuméfaction atteint un degré considérable; des croûtes se forment, qui, en tombant, laissent à nu des surfaces ulcérées d'une grande étendue. Le médecin traitant, après d'inutiles tentatives, et désespérant d'enrayer le mal, adresse le malade à M. Hecquet, qui institue aussitôt une médication mercurielle : un mieux se manifeste, et l'affection reste stationnaire pendant l'hiver de 1859. Puis enfin, en mars 1860, tout recommence, et le malade est adressé à M. Bazin.

L'affection est située à la partie postérieure et latérale gauche du tronc, dont elle occupe une grande étendue : en haut, elle est limitée par l'épine de l'omoplate, et descend presque, par sa partie inférieure, jusqu'à la crête de l'os des îles. Elle est constituée par un nombre considérable de tumeurs très-volumineuses, agglomérées et fusionnées à leur base, séparées par des anfractuosités profondes, et couvertes, par endroits, d'une enveloppe crustacée noirâtre ; au-dessous des croûtes sont des surfaces ulcérées, baignées, et comme macérées dans le pus. Les tumeurs en question sont arrondies, orbiculaires, d'un rouge obscur, et rappellent parfaitement les tomates par leur forme et leur coloration ; elles offrent au doigt qui les presse une résistance élastique et, dans quelques points, une véritable fluctuation. La tuméfaction qu'elles déterminent, assez peu prononcée au voisinage de l'omoplate, va croissant en bas et en dehors, et acquiert son plus haut développement à la partie inférieure, où

l'on trouve une série d'éminences qui s'élèvent brusquement et à pic de plusieurs centimètres au-dessus du niveau de la peau. Les ulcérations ont un aspect sale et blafard, et fournissent un ichor d'une fétidité insupportable : ce n'est ni l'odeur de la gangrène, ni celle du pus croupissant, mais une odeur *sui generis*, et qu'on ne saurait comparer à aucune autre.

De cet assemblage de tumeurs, de croûtes et d'ulcérations résulte une lésion d'un aspect étrange et vraiment caractéristique ; le malade la compare assez poétiquement aux flots de la mer, expression qui ne manque pas de justesse, si l'on songe à la rapidité avec laquelle ces énormes tumeurs s'élèlèvent ou s'affaissent, et à l'apparence ondulée qu'elles présentent.

La pression est douloureuse principalement en bas, où le gonflement est assez considérable pour apporter de la gêne dans les mouvements du bras gauche qui est forcément écarté du tronc. La douleur spontanée a pris depuis peu le caractère d'élancements.

M. Bazin, en présence de cette singulière affection, n'hésite pas à porter son diagnostic : c'est le *mycosis fongoïdes* d'Alibert. M. Bazin en a vu deux cas, tous deux terminés par la mort; aussi son pronostic est-il fort grave.

Ce n'est point un cancer, car celui-ci a une autre marche, un aspect tout différent ; on ne le voit jamais rétrograder et disparaître dans l'espace de quelques jours pour reparaître ensuite avec une égale rapidité ; sa consistance est moins uniforme, très dure et comme cartilagineuse en certains points, d'une mollesse fluctuante dans d'autres ; ses ulcères sont durs, calleux et relevés à leurs bords, profondément excavés à leur fond, et jamais le pus n'exhale cette odeur fétide et repoussante dont nous avons parlé. — Le tableau de la lésion démontre surabondamment qu'elle n'est pas de nature syphilitique. Le malade ne présente rien d'ailleurs dans ses antécédents qui puisse faire penser un seul instant à la syphilis.

Il y a quatre ou cinq ans, dit-il, il fut atteint au cuir chevelu en avant et à gauche, d'une lésion tout à fait semblable à celle qu'il porte en ce moment sur le tronc. Cette lésion persista deux ou trois mois ; elle se recouvrait de croûtes qui, en se détachant, laissaient à nu des surfaces rouges et exulcérées. On ne trouve aujourd'hui aucune trace de cette affection, pas même la plus légère alopécie.

19 juillet 1860. Pendant les huit premiers jours, le malade n'est soumis à aucune espèce de traitement et l'affection reste stationnaire.

Le 19. Applications de cataplasmes sur les ulcères pour les déterger : pansement au coaltar saponiné ; sous l'influence de ce topique, l'odeur fétide disparaît complétement. M. Bazin prescrit le sirop de biiodure à petites doses et le suspend deux jours après.

Le 21. Le malade se plaint d'un léger malaise ; il a de l'inappétence, de la courbature, de la fièvre, et les tumeurs ont sensiblement diminué de volume. Un vomitif est donné pour combattre ces symptômes d'embarras gastrique.

Le 22, on constate un érysipèle qui, parti des limites du mycosis, s'étend irrégulièrement aux environs dans une étendue assez considérable. Le malade est très-souffrant, mais les tumeurs ont encore assez notablement diminué. — Pansement simple au linge cératé.

Les jours suivants, l'érysipèle fait des progrès, et, en même temps, les excroissances si volumineuses que nous avons décrites, s'affaissent et diminuent presque à vue d'œil, si bien que, dans l'espace de huit jours, elles ont complétement disparu ; là où elles existaient, on ne trouve plus qu'une surface plane, exulcérée par places, ailleurs flétrie et recouverte d'un enduit blanchâtre. L'érysipèle s'éteignit peu à peu sans médication.

M. Bazin n'ose se prononcer sur la cause de cette disparition rapide du mycosis ; il n'ose en faire honneur ni au traitement ni à l'érysipèle agissant comme révulsif; mais il tend à attribuer ce phénomène à la nature de l'affection elle-même, comme semblent le prouver les commémoratifs.

Cependant les ulcérations subsistèrent longtemps encore après l'affaissement des tumeurs fongoïdiques, comme si la peau, sur les points envahis par les productions morbides, fût devenue incapable de subvenir aux frais de la réparation. Ces ulcères, très-superficiels, d'une teinte livide ou blafarde, fournissaient un liquide séreux, inodore, qui consistait en croûtes molles, peu épaisses; on eût dit qu'une lésion eczémateuse fût venue s'enter sur l'affection première pour en éterniser la durée. Toutefois, vers la fin du mois d'août, on ne trouvait plus que quelques points exulcérés, et le malade put sortir de l'hôpital à peu près

complétement guéri. Mais M. Bazin prédit que cette guérison n'était qu'illusoire et temporaire, et que le malade reviendrait avec des accidents plus violents encore.

## OBSERVATION IV.

Mycosis fongoïdes accompagnés d'une éruption généralisée par plaques rougeâtres, etc. (Lorda, Gazette des hôpitaux, 35e année, no 61, samedi 24 ma 1862.)

R... (Louis), âgé de 60 ans, cartonnier, se présente à l'hôpital, le 9 mai 1862. Interrogé sur la santé de ses ascendants et de ses collatéraux, il ne nous apprend rien qui ait quelque rapport avec l'affection qu'il porte. Marié depuis l'âge de 22 ans, il n'a jamais eu la moindre maladie; pas de symptômes de scrofule ni de syphilis.

La maladie aurait débuté, il y a six mois, sur les jambes, par de petites taches rouges; de là, l'éruption aurait envahi successivement de semaine en semaine les cuisses, le tronc, les membres supérieurs, le cou; elle n'a respecté que la figure, les mains, la verge, le scrotum et la plante des pieds. Ces petites taches rouges, dit ce malade, s'élevaient d'abord en augmentant en longueur et en épaisseur, pour s'affaisser graduellement ensuite au bout de six semaines, sans jamais disparaître. Il y a un mois, aurait apparu sur la tête, une croûte, qui a toujours été en augmentant, et qui forme aujourd'hui une tumeur hémisphérique sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Avant d'entrer à l'hôpital, le malade a pris des bains sulfureux, des bains alcalins et des bains amidonnés, il a fait des frictions générales avec la pommade au goudron, et il n'a pris à l'intérieur que la tisane de chicorée.

Aujourd'hui, 12 mai, voici ce qu'on observe :

Sur les jambes et sur le dos des pieds, lieu où l'affection a débuté, on voit des plaques larges d'un rouge sombre, se rapprochant de la teinte cuivrée; ces plaques sont rugueuses, présentent une induration qu'on ne trouve point sur les parties voisines, et une légère desquamation, absolument comme une affection squameuse en voie de résolution.

Aux cuisses, on peut observer l'éruption à deux périodes bien distinctes: dans la moitié inférieure, ce sont des plaques identiques à celles déjà décrites sur les jambes; dans la moitié supérieure, au contraire, les plaques sont mieux limitées, forment

une légère saillie sur la peau ; leur coloration est plus rouge qu'aux jambes et ne présente pas de desquamation; aux avant-bras et au cou, l'éruption est au même degré et présente les mêmes caractères que sur les jambes. Mais nulle part l'éruption n'est mieux caractérisée qu'aux bras et sur le tronc; ici, en effet, on voit des plaques larges, de divers diamètres, les unes circulaires, les autres d'une forme irrégulière, tantôt isolées, tantôt se touchant par leur périphérie, pour donner naissance à d'énormes plaques et présentant toutes une coloration d'un rouge foncé caractéristique, une élévation très-considérable et qui est produite, ainsi que la sensation verruqueuse qu'elles donnent au toucher, par une très-grande hypertrophie des papilles, et l'exagération des plis de la peau.

Sur la tête, au niveau de l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, on trouve une tumeur hémisphérique, régulière, ayant un diamètre de 1 pouce et une hauteur de 8 à 10 millimètres. Cette tumeur, d'une coloration rouge sale, est indolente, saigne à la moindre pression; le malade sent à peine les piqûres qu'on fait avec une épingle sur cette tumeur.

L'éruption, du reste, ne donne aucune espèce de démangeaison; jusqu'ici elle n'a pas porté la moindre atteinte à la santé du malade, dont l'état général est excellent et qui dit n'en être nullement incommodé.

M. Bazin diagnostiqua un mycosis fongoïdes, et n'hésita pas à rapporter à cette affection les diverses éruptions présentées par le malade, et dont les caractères, l'aspect différaient beaucoup de l'eczéma, du pityriasis ordinaire.

Le traitement institué fut le suivant : iodure de potassium 0,50 par jour; tisane de chicorée; bains alcalins et bains simples.

Le malade quitta le service de M. Bazin, mais fut revu plus tard par M. Guérard, qui compléta l'observation comme il suit (1):

Interrogé de nouveau sur ses antécédents, cet homme nous a répondu que son mal datait au moins de dix-huit mois à deux ans. Sa mère est morte paralytique, à un âge déjà avancé. Il a un fils qui jouit d'une excellente santé.

L'éruption a perdu presque complétement la teinte rouge sombre du début; elle offre encore sur certains points une coloration disposée en forme de larges taches irrégulières et sans limites bien déterminées.

(1) Guérard. Loc, cit., p. 12.

Le visage, déclaré idemne par M. Lorda, est maintenant couvert de plaques indurées en desquamation. Mais on est frappé par la déformation des pavillons auriculaires, qui rappelle l'éléphantiasis des Grecs. L'affection s'étend à toute la surface du corps et consiste principalement en larges plaques mamelonnées et rougeâtres, au milieu desquelles on rencontre des nodosités circonscrites et de véritables tumeurs. L'excroissance fongueuse du vertex existe encore. Une tumeur semblable existe sur le sein gauche, au voisinage du mamelon; c'est la même forme, la même consistance, la même coloration rouge vif, la même indolence. Cette tumeur est de formation toute récente; quelques semaines lui ont suffi pour acquérir le volume d'une forte noix, et rien n'autorise à penser qu'elle soit arrivée au terme de son développement.

La sensibilité de ces tumeurs, interrogée très-attentivement par M. le professeur Bazin, lui a paru nulle sur quelques-unes, et notablement diminuée sur le plus grand nombre.

L'éruption, il y a quelques mois à peine, était exempte de toute sensation morbide. Ce fait, déjà relaté par M. Lorda, nous a été de nouveau confirmé par le malade lui même. Or, cet état d'indolence a cessé pour faire place à une hyperesthésie, qu paraît se traduire surtout par de vives démangeaisons.

Par tout ce qui précède, il est facile de concevoir que l'altération ne se présente pas sur tous les points avec un aspect et des caractères identiques : sous les aisselles existaient de nombreux mamelons blanchâtres ou blanc-rougeâtres, pressés les uns contre les autres, séparés par des sillons, d'où s'échappait un fluide d'une odeur spéciale, fétide. Cette altération avait un caractère *sui generis*, se rapprochant de l'affection décrite par M. Bazin, sous le nom d'*acné élephantiasique*.

## OBSERVATION V.

(Guérard, Du Mycosis fongoïde généralisé, etc., p. 3.)

Mayeux (Thérèse), âgée de 42 ans, entrée le 10 août 1861 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hardy, transférée le 18 septembre 1862, à la salle Sainte-Foy, service de M. Bazin.

L'affection dont cette malade est atteinte remonte à près de douze années, jusqu'à l'âge de 28 ans, nous dit-elle, sa santé s'était conservée aussi bonne que possible; ce fut alors qu'elle quitta la Flandre, son pays natal, pour venir à Paris. Le brusque changement d'habitudes et de milieu, n'a-t-il pas contribué, dans une certaine mesure, à déterminer l'explosion du mal dont elle souffre aujourd'hui? La chose est possible et même assez vraissemblable. Bientôt, en effet, commença pour cette femme un état maladif, qui se traduisit à son début par des troubles de la menstruation, devenue irrégulière et insuffisante, et par un malaise général accompagné de faiblesse, de douleur vague dans les membres, et de phénomènes nerveux variés, parfois suivis de perte de connaissance. Puis, ces différents symptômes se dissipèrent en partie, et toute l'affection morbide parut dès lors se concentrer sur la peau, où elle devait produire les singulières altérations dont la description va suivre.

Il serait fort difficile de préciser, d'après le récit de la malade, comment et sous quelle forme primitive a débuté son affection cutanée. Toutefois, un fait ressort de ses réponses, à savoir que la lésion, actuellement sous nos yeux, n'a pas offert à l'origine et pendant la meilleure partie de son cours, tous les caractères que nous lui trouvons aujourd'hui : des modifications profondes, lentes ou rapides, des transformations complètes se sont opérées sur des points divers, soit que des éléments anciens aient disparu sans retour, soit que de nouveaux éléments soient venus s'ajouter à l'éruption, et en changer l'aspect et la nature.

La lésion paraît s'être présentée à son début (au tronc), sous la forme de plaques rouges irrégulières, disséminées, ne faisant aucune saillie, s'accompagnant de démangeaisons. Ces plaques envahirent en se multipliant presque toute la surface du corps. La durée de chacune d'elles était plus ou moins longue; mais d'autres plaques ne tardèrent pas à apparaître, et l'on peut dire bue jamais, depuis l'époque de l'invasion, la peau n'a recouvré toute son intégrité première.

Pendant cinq ou six ans, on ne put constater que des modifications passagères dans les caractères et le degré de l'éruption, contre laquelle vinrent échouer toutes les tentatives de médication, sans qu'elle en fût le moins du monde influencée. C'est alors (il y a dix ans) qu'un phénomène singulier commença à se

manifester. Sur différents points, la peau prit une teinte plus rouge et devint le siége d'un travail particulier, d'une sorte de bourgeonnement de sa couche papillaire, qui s'éleva en forme d'excroissances variables. De même que les plaques qui avaient préludé de si loin à leur apparition, ces tumeurs n'épargnèrent aucune région du corps ; de tout point semblables à celles que nous avons actuellement sous les yeux, elles ont été beaucoup plus multipliées, et plus d'une région en était couverte, sur laquelle il n'en reste plus que de légers vestiges cicatriciels.

Les autres antécédents de la malade et ceux de sa famille ne nous ont offert qu'obscurité et incertitude. Mariée à l'âge de 20 ans, elle fit deux fausses couches, l'une de 3 et l'autre de 4 mois; mais aucun enfant ne naquit de cette union. La constitution est bonne, son tempérament lymphatico-sanguin, avec prédominance marquée de l'élément nerveux. Elle a beaucoup maigri depuis quelques années. Les règles, irrégulières et insuffisantes au début, ont cessé de paraître il y a cinq à six mois. Elle ne porte aucune trace de scrofule, et n'a jamais rien eu qui puisse faire penser à la syphilis.

Son père mourut à 51 ans, d'une maladie de langueur, à la suite d'un chagrin profond causé par la perte de deux de ses enfants. La malade, qui n'avait alors que 8 ans, ne peut s'expliquer sur la nature du mal auquel il a succombé.

La mère est morte à 52 ans, par suite d'un refroidissement à l'époque de ses règles. Il est impossible, comme on le voit, de baser un jugement quelconque sur d'aussi vagues renseignements.

*Etat actuel.* — Je vais d'abord décrire l'éruption dans son ensemble, puis je passerai successivement en revue les différentes régions, signalant à propos de chacune d'elles les particularités qui me paraîtront dignes d'êtres notées.

Deux formes éruptives bien tranchées constituent l'affection : des tumeurs et des laques.

Les *plaques* forment en quelque sorte le fond de l'éruption. Elles sont rouges, irrégulières, de dimensions très-variables, dures et rugueuses au toucher, semées de fissures et d'aspérités papillaires et recouvertes çà et là de petites croûtes et de débris épidermiques. Mélange de lichen et d'eczéma, cette lésion resta pendant longtemps le seul symptôme observé à la peau : elle est aujourd'hui disséminée sur la surface tégumentaire, où elle pro-

voque des démangeaisons et des picotements d'une grande intensité.

Les *tumeurs* se sont développées sur les plaques ou dans leurs intervalles. Le volume de ces excroissances varie dans des limites assez étendues depuis les dimensions d'une simple verrue jusqu'à celles relativement énormes d'une petite noix ou même d'un œuf de poule; dans ce dernier cas, elles résultent habituellement de la fusion de plusieurs tumeurs en une masse multilobée. Leur forme n'offre rien de fixe : quelques-unes sont arrondies, hémisphériques, tandis que d'autres sont tellement irrégulières qu'elles échappent à toute comparaison. Il en est qui sont simples, solitaires, d'autres sont agglomérées, confluentes, lobulées. Les unes s'implantent par une large base qui se continue sans transition bien nette avec les téguments voisins; d'autres sont supportées par une sorte de pédicule et s'élargissent à leur partie libre sous la forme d'un gros champignon induré. Leur coloration est rougeâtre ou d'un rouge violacé. Leur consistance est dure, complétement dépourvue d'élasticité. La plupart sont exulcérées sur un certain nombre de points, et ces ulcères, toujours très-superficiels, ont un aspect terne et blafard; ils n'ont aucune tendance à s'étendre en profondeur et ne font, en quelque sorte, qu'effleurer la surface du derme. La sécrétion qui s'opère à leur surface est peu abondante, à peu près inodore, et ne paraît pas susceptible de donner naissance à des croûtes bien caractérisées.

Les plaques lichénoïdes sont accompagnées d'un prurit intense: la malade y éprouve en outre des picotements et des élancements spontanés Or, il m'a paru que les tumeurs fongoïdiques ne participaient que faiblement à ces diverses sensations morbides : la faculté de percevoir la douleur y est même devenue très-obscure.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les diverses régions. C'est sur la main et l'avant-bras du côté droit que l'éruption se montre dans toute l'évidence des caractères qui la distinguent. La main est très-déformée : sa face dorsale est couverte de plaques indurées et de tumeurs fongueuses plus ou moins ulcérées; les doigts eux-mêmes sont hérissés de volumineuses saillies.... Au milieu de la paume de la main existe un groupe rougeâtre multilobé creusé de sillons, ulcéré par places et entouré de petites tumeurs satellites qui semblent s'être détachées de la base.

Mêmes altérations au poignet, à l'avant-bras et au coude; encore très-prononcées sur ce dernier point, elles vont en diminuant à mesure qu'on remonte du côté du tronc.

Jusqu'ici nous n'avons eu qu'à reproduire les traits de notre description générale; or cette région (avant-bras et main du côté droit) présente en outre, depuis un ou deux septénaires, un phénomène que nous ne retrouverons pas sur les autres parties du corps; c'est une sorte de poussée aiguë, un état particulier d'éréthisme avec rougeur vive et tuméfaction considérable de la peau. Cet état, que nous n'oserions dire purement inflammatoire, bien qu'il ait la plupart des caractères de l'inflammation, s'accompagne de douleurs extrêmement vives et qui s'exaspèrent à la plus légère pression ou même à la simple exposition au contact de l'air.

À la main gauche, le pouce a doublé de volume par le fait d'une tumeur située à son bord interne. De petites excroissances rougeâtres, à sommet dépouillé d'épiderme, sont disséminées sur le dos de cette main, sur le poignet et l'avant-bras du même côté.

La face, aujourd'hui presque normale, nous offre un très-grand intérêt au point de vue de lésions dont elle a été le siége. Il y a un an à peine, des tumeurs énormes hérissaient le front, les joues, le menton, déformaient le nez, les oreilles, et la malade ainsi défigurée était méconnaissable.....

La région cervicale est occupée, dans une grande étendue, par une large plaque d'aspect lichénoïde qui se termine en arrière et à gauche par une tumeur de moyenne dimension.

Le tronc, les épaules, les fesses, les cuisses n'offrent rien de bien particulier; on y retrouve mêlées confusément les deux ordres de lésions, mais en général beaucoup moins développées qu'aux membres supérieurs. Or, il n'est pas une seule de ces parties qui n'ait à un moment donné présenté l'éruption à un haut degré d'intensité.

Les traitements antérieurs par l'arsenic, l'iodure de potassium, les bains de toute espèce, etc., ont échoué contre cette affection, il en a été de même des préparations alcalines employées par M. Bazin, et qui déterminèrent rapidement de l'intolérance du côté de l'estomac.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M^r-le-Prince, 31.